

BRUKERTILFREDSHETSEVALUERING

AV KOMMUNALE TJENESTER BLANT PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER

2. statusrapport

DELRAPPORT 2 2020

Kvalitativ rapport, Eldre 65+

Vi arbeider på oppdrag fra
 **HelseDirektoratet**

Forord

Kompetansesenter rus - Midt-Norge (KoRus Midt) har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre en nasjonal undersøkelse av brukererfaringer blant personer med rusmiddelproblemer som mottar kommunale tjenester. Oppdraget er en del av det samlede evalueringsprogrammet for Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020). Det gjennomføres tre statusrapporteringer i perioden, denne rapporten er en del av andre statusrapportering. Hver rapportering har en kvantitativ del og en kvalitativ del. Den kvantitative delen er en spørreskjemaundersøkelse blant brukere i et utvalg av norske kommuner. Den kvalitative delen er dybdeintervjuer blant brukere i utvalgte kommuner.

Den kvalitative delen i andre statusrapportering omhandler to utvalgte målgrupper: Eldre og yngre brukere. Denne rapporten er en av to kvalitative delrapporter i 2020. Rapporten belyser hvordan 23 eldre mennesker (65 år eller eldre) med rusmiddelproblemer opplever de kommunale tjenestene i tre kommuner.

Prosjektgruppen ved KoRus Midt har bestått av:

Ranita Larsen Nersund, Stein Arve Strand, Jo Arild Salthammer, Kristin Tømmervik, Hege Govasmark, Marit Magnussen, David Rogne og Trond Ljøkjell. I tillegg representant fra Rusmisbrukernes interesseorganisasjon, Jens Solem.

Styringsgruppen har bestått av:

- Trond Ljøkjell, KoRus Midt
- Kristin Tømmervik, KoRus Midt
- Ranita Larsen Nersund, KoRus Midt
- Else Kristin Utne Berg, KoRus Vest Bergen
- Dagfinn Bjørgen, Kompetansesenter for Brukererfaring og Tjenesteutvikling
- Anne Jensen, KS
- Trond Hatling, NAPHA

Forskningsrådgiver Emil Øversveen, KoRus Midt, har hatt hovedansvaret for analysearbeidet og utarbeidelsen av rapporten. Kristin Tømmervik og Nina K. Bahl er medforfattere. Representanter fra KoRus Midt og KoRus Oslo har bidratt med å kvalitetssikre resultatene av analysene.

Intervjuere fra KoRus Oslo: Sara Anne Warhuus og Irene Moen. Intervjuere fra KoRus Midt: Emil Øversveen, Marit Magnussen og Kolbjørn Gjære.

Vi takker for høringsinnspill fra Napha, KoRus Oslo, KoRus Vest Bergen og oppdragsgiver.

Vi retter en stor takk til Korus Oslo, kommuner og tjenestetilbydere for innsatsen med rekruttering til intervjuundersøkelsen. En særskilt takk til alle informantene som har satt av tid til å dele sine erfaringer.

Trondheim, juni 2020
Trond Ljøkjell, avdelingssjef
KoRus Midt

Innholdsfortegnelse

1. Hovedfunn fra undersøkelsen	4
1.1 Er tjenestene tilgjengelige for brukerne, og får brukerne hjelp når de trenger det?	4
1.2 Har tjenesteapparatet systemer for å involvere brukerne i utforming av tjenestetilbudet?	5
1.3 Er det samsvar mellom behovet brukerne har og den hjelpen de mottar fra tjenesteapparatet?	5
1.4 Hvordan er den opplevde nytteverdien for brukerne av tjenestene?	6
1.5 Forbedringsområder for kommunen.....	6
2. Om undersøkelsen	8
2.1 Formål.....	8
2.2 Valg av målgruppe 65+.....	8
3. Metode	11
3.1 Utvalg og rekruttering	11
3.2 Gjennomføring av intervju	12
3.3 Analyse.....	13
3.4 Forskningsetikk	14
3.5 Beskrivelse av utvalget	15
4. Resultater	18
4.1 Informantenes livs- og helsesituasjon.....	19
4.2 Erfaringer og opplevelser med det kommunale tjenesteapparatet.....	21
4.2.1 Viktige enkeltrelasjoner	21
4.2.2 Tilgjengelighet.....	24
4.2.3 Erfaringer med hjemmesykepleie.....	26
4.2.4 Dialog og åpenhet med de ansatte.....	29
4.2.5 Mottagelighet og betydningen av egne ressurser	32
4.2.6 Å klare seg selv	34
4.2.7 Oppsummering	36
4.3 Familie, felleskap og nettverk	38
4.3.1 Vanskelige relasjoner	40
4.3.2 Boligforhold	42
4.3.3 Oppsummering	43
4.4 Oversikt, innsyn og brukermedvirkning	45
4.4.1 Informasjon.....	45
4.4.2 Medvirkning.....	48
4.4.3 Kjennskap til brukerorganisasjoner og brukerombud	51
4.4.4 Oppsummering	52
4.5 Overganger og samarbeid	53
4.5.1 Trøblete innganger	53
4.5.2 Samarbeid.....	55
4.6 Takknemlighet og udekte behov.....	58
4.6.1 Udekte behov	59
5. Oppsummering	61
5.1 Hva må jobbes med?.....	61

5.2 Hva må vi vite mer om? 62

Referanser

Vedlegg 1 Infomasjonsskriv

Vedlegg 2 Intervjuguide

1. Hovedfunn fra undersøkelsen

Denne rapporten inngår som en del av det samlede programmet for å evaluere *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020)*. Rapporten er en av to intervjuundersøkelser som publiseres i 2020, hvor formålet er å kartlegge henholdsvis eldre og yngre brukeres erfaringer med de kommunale tjenestene. Intervjuundersøkelsene supplerer en større nasjonal spørreskjemaundersøkelse fra 2019, som er rettet mot brukere over 18 år. Til sammen utgjør rapportene den andre statusrapporteringen om brukertilfredshet i planperioden. I denne rapporten undersøker vi hvordan eldre mennesker (65+) med rusmiddelproblematikk opplever de kommunale tjenestene. Analysen er basert på datamaterialet fra dybdeintervjuer med 23 eldre brukere. Informantene er rekruttert fra tre større kommuner i to regioner, og ble intervjuet mellom mai 2019 og januar 2020.

I det følgende vil vi gi en kort oppsummering av resultatene fra undersøkelsen. Gjennomgangen vil struktureres etter prosjektets fire overordnede problemstillinger:

- 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?

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

Resultatene antyder at inngangen til tjenestene kan være utfordrende, og en del informanter forteller at enten de selv eller pårørende måtte legge ned betraktelig egeninnsats tidlig i prosessen. Dette kan henge sammen med at svært få oppgir at de kjente til det kommunale tjenesteapparatet på forhånd, og at få også har kunnskap om hva slags rettigheter de har i møte med de kommunale tjenestene. Siden tjenesteforbidling ofte går gjennom fastlege eller andre kontaktpersoner i kommunen, kan tilgjengeligheten svekkes for de som står helt utenfor de kommunale tjenestene. Mange forteller imidlertid at de ble godt tatt i mot da de først fikk innvilget hjelp, og at de føler at de ansatte svarer og stiller opp når de trenger det. Dette gjelder

særlig for de som har en sterk relasjon med én enkelt kommunalt ansatt, eller som bor på en institusjon hvor ansatte er nært tilgjengelige.

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

Resultatene fra den kvalitative intervjuundersøkelsen gir et sammensatt inntrykk av brukernes opplevelser av medvirkning og innflytelse, og at det er et skille mellom brukervedvirkning på individ- og systemnivå. Mange opplever at de har lite de skal ha sagt i møte med tjenesteapparatet, og at det er særlig vanskelig å påvirke de kommunale tjenestene på et mer overordnet nivå. Noen forteller at de føler seg maktesløse og desillusjonerte i møte med kommunen, og at de ansatte ikke lytter til dem eller tar dem på alvor. Her er det imidlertid verdt å merke seg at mange skiller mellom ansatte «på gulvet» og de lenger opp i systemet, og at de har mer positive erfaringer med den førstnevnte gruppen. For andre virker muligheten til å nå gjennom med egne ønsker å være avhengig av egne ressurser, for eksempel kunnskap, ståpåvilje, nære relasjoner til de ansatte eller involverte pårørende. Svært få oppgir at de kjenner til brukerombud og brukerorganisasjoner, noe som kan bidra til å forklare den utbredte følelsen av lav medvirkning.

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

Et tydelig tema i intervjumaterialet er en utbredt følelse av takknemlighet. Flere informanter beskriver seg som heldige, og forteller at de har blitt positivt overrasket over den oppfølgingen de har fått. Dette gjelder særlig for de som har en sterk og nær relasjon til én enkelt kommunal ansatt. Noen av brukerne beskriver imidlertid at individuelle ressurser (f.eks et sosialt nettverk, egenvilje, kunnskap og motivasjon) er viktig for å få den hjelpen de trenger. Videre oppgir en del av informantene at de føler seg ensomme og isolerte. Vanlige kilder til ensomhet er nedsatt mobilitet grunnet aldersrelaterte helseproblemer, vanskelige familierelasjoner eller at de har måttet kutte kontakt med rusmiljøer de tidligere har tilhørt. Mange sier at de ønsker seg mer sosial oppfølging fra kommunen, og hjelp til å komme seg ut av leiligheten for å delta på aktiviteter eller møte andre. Her framstår hjemmehjelpen som en særlig kritisk tjeneste, da resultatene antyder at høyt tidspress og utskiftning mellom de ansatte kan bidra til å skape og forsterke følelser av ensomhet og isolasjon. Endelig antyder resultatene en sammenheng

mellom helse, manglende mobilitet og ensomhetsproblematikk, hvor mange opplever det som fysisk eller psykisk utfordrende å komme seg ut av boligen for å delta på sosiale aktiviteter.

1.4 Hvordan er den opplevde nytteverdien for brukerne av tjenestene?

Resultatene viser tydelig at dialog med de ansatte har stor betydning for hvordan brukerne opplever nytteverdien av tjenestene de mottar. Brukernes opplevelser av de ansatte kan påvirke hvor motivert den enkelte er for å oppsøke de kommunale tjenestene, takke ja til tilbud og følge råd og forordninger. Dialogen med de ansatte er også viktig for brukernes egen del, da mange har behov for sosial oppfølging og støtte fra det kommunale tjenesteapparatet. I kartleggingen av brukernes helsetilstand kommer det fram at ensomhet, isolasjon og nedstemthet er utbredte problemer i utvalget, ofte grunnet vanskelige eller fraværende sosiale relasjoner. Å navigere et stort og uoversiktlig tjenesteapparat kan virke som en ytterligere belastning, og forsterke følelser av fremmedgjøring og maktesløshet. Det er derfor viktig at nytteverdien i tjenestene i minst mulig grad avhenger av den enkeltes ressurser, sosiale nettverk eller relasjoner til enkeltansatte. Samtidig som resultatene viser både utfordringer og udekte behov, er det viktig å understreke at mange også er godt fornøyde med hjelpeapparatet. Flere uttrykker takknemlighet og at de har mottatt mer hjelp enn de på forhånd forventet. Samtidig som det finnes rom for forbedring, er det altså mye som bør tas vare på i måten det kommunale tjenesteapparatet fungerer i dag.

1.5 Forbedringsområder for kommunen

Et av de tydeligste resultatene fra de kvalitative intervjuene er en utbredt følelse av ensomhet og isolasjon blant de eldre brukerne, som hos noen kan lede til depressive symptomer og en opplevelse av meningsløshet. Å sikre den enkeltes sosiale behov framstår derfor som et tydelig forbedringsområde for de kommunale tjenestene. Dette kan både gjøres ved å tilby hjelp til å delta på sosiale aktiviteter med andre, gjennom å opprette tilgjengelige lavterskelstilbud, og ved å styrke kvaliteten i oppfølgingen. Positive relasjoner med de kommunalt ansatte kjennetegnes av at de ansatte møter brukerne med forståelse, empati og tålmodighet, og blir av noen brukere beskrevet som den viktigste kilden til en god hverdag. Samtidig viser resultatene at tidspress og ressursknapphet er et hinder for å bygge brede og meningsfulle forhold, noe som særlig merkes i hjemmetjenesten.

Konkrete anbefalinger er:

- Styrke kontinuiteten og kvaliteten i hjemmetjenesten, ved å redusere tidspress og utskiftning mellom de ansatte. Dette kan bidra til å styrke hjemmetjenestenes sosiale funksjon, og redusere følelser av ensomhet blant de eldre brukerne.
- Sikre at de ansatte møter brukeren med forståelse, også i forbindelse med rusepisoder. Her kan det være aktuelt med kompetansetiltak overfor de ansatte for å ivareta individuelle behov i ulike faser av en ruslidelse, men også mer strukturelle inngrep som forandrer de formelle rammene for oppfølgingen.
- Styrke metoder for avdekking og oppfølging av alkohol- og rusproblemer hos eldre i tjenestene.
- Jobbe for å styrke den enkeltes medbestemmelse, og ta grep for å sikre at brukerne føler at de kan påvirke sin egen hverdag på en meningsfull måte.
- Sørge for at informasjon blir gjort tilgjengelig i en form og språkdrakt som brukeren kan tilegne seg på en meningsfull måte. Her inngår det også å være bevisst på variasjoner i digital kompetanse, og tilby opplæring eller alternative informasjonskilder til de som ikke kan eller ønsker å benytte seg av digitale systemer.
- Være bevisst på og jobbe aktivt med brukernes nettverk, sosiale relasjoner og ressurser, og motvirke sosiale skjevheter som oppstår ved at brukerens egne ressurser blir bestemmende for kvaliteten i oppfølgingen. Her er det også viktig å ivareta de pårørendes behov, og være bevisst på at disse ikke alltid vil være de samme som brukerens.
- Sikre at alle får en god inngang til de kommunale tjenestene og til rusbehandling, og gjøre informasjon om tjenestetilbudet og den enkeltes rettigheter lettere tilgjengelig i starten av prosessen. For å sikre at rettighetene og kravene man har i systemet ikke blir rent formelle, er det også viktig at informasjonen gjøres tilgjengelig i et format og i en språkdrakt som er tilgjengelig og kan forstås av alle.

2. Om undersøkelsen

Undersøkelsen inngår som en del av et evalueringsprogram av *Opptrappingsplan for rusfeltet* (Proposisjon 15 s. 2016-2020). Evalueringsprogrammet ledes av Fafo, og er gjennomført i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse AS og Ipsos. Kompetansesenter rus – Midt-Norge (KoRus Midt) har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å utarbeide og gjennomføre brukerundersøkelser blant personer med rusmiddelproblemer som benytter seg av kommunale tjenester. Brukerundersøkelsene inkluderer nasjonale spørreskjemaundersøkelser og dybdeintervjuer med strategiske utvalg, og gjennomføres i starten, midtveis i og på slutten av planperioden. Denne kvalitative rapporten er en del av midveisrapporteringen, og omhandler hvordan eldre brukere (65+) opplever de kommunale tjenestene.

2.1 Formål

Brukermedvirkning og brukertilfredshet er en sentral faglig og politisk målsetning i de norske helsetjenestene, i ruspolitikken og i den norske velferdsstaten forøvrig. I *Opptrappingsplanen for rusfeltet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016-2020) er det et hovedmål «å sikre reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet». Denne rapporten inngår i et system for evaluering og oppfølging av hvordan opptrappingsplanen fungerer i praksis.

I denne rapporten undersøker vi eldre mennesker med rusmiddelproblemers erfaringer med de kommunale tjenestene fra et kvalitativt og brukerorientert ståsted. Det kommunale tjenesteapparatet har det overordnede ansvaret for å følge opp personer med rusmiddelproblemer, og kommunene vil få mer ansvar for å følge opp denne gruppen i årene som kommer (Helsedirektoratet, 2012; St.meld. nr. 47 (2008-2009)). For å sikre en god oppfølging av denne gruppen er det nødvendig å innhente kunnskap om hvordan brukerne opplever det kommunale tjenestetilbudet, på en måte som lar brukernes egne stemmer og erfaringer komme til orde.

2.2 Valg av målgruppe 65+

Den første kvalitative rapporten i starten av planperioden (Korus Midt, 2018) la i utgangspunktet opp til en rekruttering fra den generelle populasjonen av brukere med rusproblemer over 18 år som benytter kommunale tjenester. Den kvalitative delen i

midtperioden fokuserer på to grupper som har behov for særskilt oppmerksomhet: Eldre og unge brukere. Denne rapporten har et avgrenset fokus på eldre brukere, som er definert som 65 år eller eldre. Det er en rekke årsaker til at vi har valgt å fokusere på denne gruppen. For de fleste representerer alderdommen en fase i livet preget av store livsforandringer og nye utfordringer (Bakken, 2018), og det er grunn til å tro at de eldre har særskilte behov og erfaringer sammenlignet med andre aldersgrupper. De eldre er også en befolkningsgruppe i vekst. Sammenlignet med 2008 var 164 000 flere nordmenn mellom 60 og 79 år i 2018, og befolkningsframskrivninger gjennomført av SSB viser at vi kan vente oss en tydelig aldring av befolkningen i årene som kommer (Statistisk sentralbyrå, 2018a, 2018b). Den såkalte 'eldrebølgen' forventes å legge et betydelig press på helse- og omsorgstjenestene, og kan gjøre det nødvendig å utvikle nye organisasjonsformer og behandlingsmetoder. Å sikre et aldersvennlig samfunn er derfor en sentral politisk målsetning, og det er i stor grad på det kommunale nivået at denne jobben forventes å gjøres.

Rusproblematikk hos eldre trekkes ofte fram som et viktig tema, men er også relativt lite belyst og adressert sammenlignet med rusbruk i andre aldersgrupper (Fafø, 2018; Frydenlund, 2011). I følge Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 2006-2008 drikker eldre hyppigere og mer alkohol enn tidligere, og har også et høyt forbruk av legemidler (Tevik m.fl., 2017). Det er også flere eldre som oppgir at de har et problematisk drikkemønster enn tidligere (Støver m.fl., 2012). Samtidig skjer det biologiske endringer i aldringen som gjør at eldre kan tåle både alkohol, legemidler og andre rusmidler dårligere enn andre grupper. Økt alkoholbruk blant eldre kan øke risikoen for alkoholrelaterte dødsfall, sykdommer, skader, ulykker og interaksjonseffekter med medisiner. Problematiske drikkedatter henger også sammen med angst- og depresjonslidelser (ibid.; Bye og Østhus, 2012). Eldre med rusproblematikk er mer utsatt for kompliserte behandlingsforløp og skader, og aldersrelaterte endringer øker også den enkeltes sårbarhet for negative konsekvenser av rusmidler (Hallgren, Høgberg og Andreasson, 2009). Denne utviklingen har også påvirkning på det kommunale tjenestapparatet. I en undersøkelse gjennomført av Actis (2017) hadde 84 prosent av de ansatte i hjemmetjenestene erfaring med at brukere eller pasienter drakk slik at det påvirket helse, funksjon og relasjoner.

Rus og avhengighet blant eldre er et økende problem, og kan ha alvorlige individuelle og samfunnsmessige konsekvenser. Samtidig er rusproblemer hos eldre i stor grad underdiagnostisert og underbehandlet, til tross for at dette har blitt trukket fram som en særlig viktig utfordring i den norske ruspolitikken (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011-2012).

Alkoholproblemer blant eldre omtales ofte som et skjult og lite adressert problem, og det har blitt forsket lite på Eldres alkoholforbruk sammenlignet med andre aldersgrupper. Forskning viser også at hjelpeapparatet kan være unnvikende i møte med Eldres drikkevaner og medikamentbruk, både på grunn av kunnskapshull og temaets tabubelagte karakter (Frydenlund, 2011). Det er derfor et behov for kompetanseheving og økt bevissthet omkring psykiske helseproblemer og rusproblematikk blant eldre i de kommunale tjenestene (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2019), noe som også vektlegges i Fafos (2018) overordnede evalueringsrapport av opptrappingsplanen for rusfeltet.

3. Metode

I denne delen vil vi redegjøre for det metodiske arbeidet bak den kvalitative datainnsamlingen. Kapittelet starter med en redegjørelse for utvalg og rekruttering, og fortsetter med en presentasjon av hvordan intervjuene ble gjennomført i praksis. Deretter følger en beskrivelse av hvordan datamaterialet ble kodet og analysert, og hvilke steg som ble tatt for å sikre god forskningskvalitet. Kapittelet avsluttes med en diskusjon av de forskningsetiske hensynene som ble tatt underveis i prosessen.

3.1 Utvalg og rekruttering

Utvalget består av 23 informanter (16 menn og 7 kvinner) som benytter seg av kommunale tjenester i tre større norske kommuner. Alderen på informantene varierer fra 65 til 77, med gjennomsnitt på 70,5. Inkluderingskriteriene for undersøkelsen var at brukeren måtte være minst 65 år, benytte seg av en eller flere kommunale tjenester, og ha et rusmiddelproblem knyttet til bruk av alkohol, illegale rusmidler eller legemidler.

Undersøkelsen rettet seg mot to storbyer og en mellomstor by fra to helseregioner; region Sør-Øst og region Midt. Bykommunene ble valgt på bakgrunn av at de har en uttalt satsning på tiltak rettet mot den eldre målgruppen. Prosjektinvolverte fra Kompetansesentrene for rus, Korus Oslo og Korus Midt, henvendte seg til ulike kommunale tjenester, rusklinikker og brukerorganisasjoner for hjelp til å rekruttere aktuelle informanter. For å sikre variasjon i utvalget ble en rekke ulike tjenester i hver av de tre byene kontaktet, deriblant hjemmetjenester, kommunale kortidsavdelinger, ulike lavterskeltiltak, rusbehandlingsinstitusjoner, omsorgshjem og -boliger, fastleger, NAV og geriatrike sykehusavdelinger. Rekrutteringen foregikk ved hjelp av nøkkelpersonell i kommunene, via distribusjon av nyhetsbrev til fastlegene, direkte oppmøte, telefon, e-post i tidsrommet mai 2019 - januar 2020. I rekrutteringen fanget vi først og fremst opp informanter fra helse- og velferdssentre, hjemmetjeneste, eldrepsykolog, liaisontjenester, lavterskeltiltak og klinikker innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (rusakutt, avrusning og poliklinikk).

En generell erfaring fra rekrutteringen var at det av ulike grunner var vanskelig å finne og rekruttere informanter fra målgruppen. Personer med rusproblemer har en langt høyere dødelighet enn resten av befolkningen (Heiberg m.fl., 2018), og noen potensielle informanter

hadde for store helseproblemer og kognitive utfordringer til å kunne delta. Kravet om at informantene måtte ha selverkjente rusmiddelproblemer ekskluderte også informanter hvor tjenesteyter mente at det forelå en rusmiddelproblematikk som ikke hadde blitt eksplisitt tematisert i oppfølgingen. Noen kommunalt ansatte opplyste om at de hadde kontakt med flere som kunne være aktuelle for undersøkelsen, men at de opplevde det som vanskelig å spørre dem om å delta fordi rusproblematikken ikke hadde blitt tematisert. Dette antyder at det kan finnes mange gråsonetilfeller og eldre med ukartlagte alkoholproblemer som ikke ble fanget opp i denne undersøkelsen (se også Frydenlund, 2011). Det er også sannsynlig at noen potensielle informanter kan ha opplevd temaet for intervjuet som sensitivt og vanskelig, og at de derfor valgte å takke nei til undersøkelsen. Til tross for disse utfordringene lyktes det å rekruttere 23 informanter fra 3 bykommuner, hvorav 11 fra Østlandet og 12 fra to byer i Midt-Norge.

3.2 Gjennomføring av intervju

Intervjuene med brukerne ble gjennomført som semi-strukturerte dybdeintervjuer. Dette er en intervjuemethode hvor temaene i samtalen i stor grad er fastlagt på forhånd, samtidig som at det også er åpnet for oppfølgingsspørsmål, digresjoner og variasjon i hvordan spørsmålene formuleres og hvilken rekkefølge de stilles i (Kvale, 2002). Formålet med denne intervjuformen var å skape en så trygg og likestilt intervjusituasjon som mulig, med rom for at informantens konkrete opplevelser og erfaringer kunne komme fram (se vedlegg 2 for intervjuguide). Intervjuene ble gjennomført av et team av totalt fire intervjuere, deriblant rapportens førsteforfatter. For å sikre kalibrering brukte intervjuerne en felles intervjuguide, og diskuterte erfaringer med intervjuer og mulige temaer til analysen på en rekke møter i forkant av og under datainnsamlingsperioden.

Alle informanter ble gitt muntlig informasjon om intervjuet og formålet med prosjektet før intervjuavtalene ble inngått. Denne informasjonen ble deretter gjentatt muntlig og skriftlig av intervjuerne før intervjuene startet, og det ble gitt mulighet for å stille spørsmål til undersøkelsen både på forhånd og underveis i intervjuet. Alle informantene undertegnet et skriftlig samtykkeskjema før intervjuet startet. Som godtgjøring for deltakelsen mottok informantene et gavekort på 300 kroner.

Intervjuguiden som ble benyttet er en revisjon av intervjuguiden fra første kvalitative

statusrapport i projektet Brukertilfredshetsevalueringen av kommunale tjenester blant personer med rusmiddelproblemer (Korus Midt, 2018). Første statusrapport omhandlet voksne i målgruppa generelt. Intervjuguiden for denne rapporten er justert noe for å være tilpasset eldre mennesker. Det ble også gjort noen andre mindre forbedringer etter innspill fra intervjueteamet. Spørsmålene i intervjuguiden omhandlet informantenes sosiodemografiske bakgrunn, hvilken hjelp de mottok fra kommunens hjelpeapparat, første kontakt med kommunale tjenester, hjelp knyttet til bruk av rusmidler, udekte behov for hjelp, relasjon til hjelpeapparat, samarbeid mellom tjenestene, brukermedvirkning og innspill til å forbedre tjenestene.

3.3 Analyse

For å organisere, oppsummere og analysere datamaterialet fra intervjuundersøkelsen valgte vi en induktiv orientert analysestrategi. Induktive analysestrategier kjennetegnes av at de er åpne og utforskende, og at temaer og kategorier vokser ut av det empiriske materialet (heller enn ut fra forhåndsdefinerte teorier) (Tjora, 2017). Skjematisk kan analysearbeidet derfor deles inn i følgende seks steg: 1) Gjennomlesing av datamaterialet, 2) koding, 3) oppsummering av intervjuer, 4) sortering av koder i potensielle temaer, 5) gjennomgang av kodekategorier, 6) skriving av rapport. Som nevnt i delkapittel 3.1 var datainnsamlingen preget av en tidvis utfordrende rekrutteringsprosess, og de siste seks intervjuene kom derfor inn sent i analyse- og skriveprosessen. Rapporten er derfor først og fremst basert på de sytten intervjuene som allerede hadde blitt gjennomført og analysert da skriveprosessen begynte, mens de siste seks intervjuene primært har blitt analysert med henblikk på hvordan de utfyller og understøtter den opprinnelige analysens hovedfunn og -kategorier.

I analysen av de første sytten intervjuene lyttet vi til, transkriberte og leste gjennom hvert intervju, før vi kodet dem i Nvivo 12, et program utviklet for å organisere og analysere kvalitative data. Kodingen var empirinær, i den forstand at kodene lå tett på de utsagnene, begrepene og historiene som dukket opp i intervjuene (Tjora, 2017). Sitatet «Noen sier det, og noen sier det, og da blir det litt ... surkål. Skulle hatt et menneske. Og et telefonnummer.» ble for eksempel kodet til *Når det blir mange folk blir det litt surkål*, en kode som både tar vare på meningsinnholdet og det språklige uttrykket til informanten. For å få bedre oversikt over datamaterialet ble det også skrevet korte oppsummeringer av hvert intervju i denne fasen. I neste steg ble dataene sortert inn i ulike kategorier (f.eks Positive erfaringer med hjelpeapparatet, Tilgjengelighet og Viktige personer), som dannet utgangspunkt for

rapportskrivningen. For eksempel ble kodene *De ulike kommunale instansene snakker ikke med hverandre*, *Den ene sier noe den ene dagen, og den andre sier noe den andre dagen* og *Når det blir mange folk blir det litt surkål* samlet i kategorien Manglende samhandling. Transkripsjonene av de siste seks intervjuene ble kodet mer selektivt, men ellers behandlet på samme måte som resten av datamaterialet. Analyse og koding ble gjennomført av rapportens førsteforfatter, som også hadde hovedansvaret for skrivningen av rapporten. Temaer og analyser har imidlertid blitt diskutert internt i forskningsgruppen på jevnlige møter gjennom hele prosessen, og de som hadde gjennomført intervjuene i de ulike delene av landet ble invitert til å komme med sine innspill og tanker underveis. Sitatene som gjengis i resultatsdelen har blitt renskrevet på en måte som så langt det er mulig bevarer sitatenes opprinnelige meningsinnhold og ordlyd.

I kvalitativ forskning med små og ikke-statistisk representative utvalg kan man som hovedregel ikke generalisere empirisk utover datamaterialet som er produsert. Datamaterialet vil også være formet av møtet mellom forsker og deltager, og kan derfor være vanskelig å gjenskape av andre forskere (Tjora, 2017). Til tross for at resultatene i denne rapporten av disse årsakene ikke kan generaliseres empirisk til andre brukere, kan analysen likevel bidra til en økt innsikt i generelle erfaringer og opplevelser. Styrken til kvalitative data ligger her i å skape innsikt gjennom rike beskrivelser av menneskelige erfaringer, oppfatninger og følelser (Gertz, 1973), på en måte som kan kontekstualisere, utdype, nyansere og utfordre resultater fra kvantitative undersøkelser. En kvalitativ undersøkelse kan også fange opp dimensjoner som ikke lett lar seg måles i et spørreskjema. En kvalitativ intervjuundersøkelse kan også nå de brukerne som av ulike grunner har vansker med å gjennomføre spørreskjemaundersøkelser, og bidra til å forklare hvordan de meningene og oppfatningene som framkommer på spørreskjemaene blir skapt.

3.4 Forskningsetikk

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, region Midt) har vurdert den kvalitative delen av prosjektet til være utenfor helseforskningslovens saklige virkeområde og dermed utenfor REK sitt mandat (saksnr. 2017/317). Undersøkelsen ble vurdert til primært å ha til hensikt å evaluere et eksisterende helsetjenestetilbud. Personvernombud for forskning ved St. Olavs Hospital HF har vurdert undersøkelsen og godkjent denne for gjennomføring (ESA 17/4211). 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, og etiske hensyn ble ivaretatt gjennom hele datainnsamlingen. Alle informanter fikk muntlig og skriftlig informasjon før samtykke ble underskrevet, og fikk også beholde skriftlig informasjon om prosjektet ved etterspørsel. Informantene ble også opplyst om at de kunne trekke seg underveis i og etter intervjuet ble gjennomført, og kontaktinformasjon i tilfelle de skulle ønske å benytte seg av denne muligheten. Det ble også gitt muligheten til å gjennomføre intervju uten opptaker, noe én deltager valgte å benytte seg av. For å sikre anonymiteten blir informantene kun referert til med kjønn og alder i rapporten.

3.5 Beskrivelse av utvalget

I det følgende vil vi gi en kort presentasjonen av utvalget. Vi vil først redegjøre for hvilke tjenester informantene forteller om, før vi beskriver informantenes boforhold, forhold til rusmidler og inntekt. Redegjørelsen for informantenes fysiske og psykiske helsetilstand kommer i neste del, og innleder rapportens analyse av de kvalitative dataene.

I intervjuene ble informantene spurt om hvilke kommunale tjenester de hadde. Som tidligere nevnt er det uklart for mange hvilke tjenester som er kommunale, statlige eller private, og noen hadde også problemer med å huske det nøyaktige navnet på tjenestene de mottok eller hadde mottatt. Deler av utvalget snakker også om tjenester som både kan kategoriseres som statlige og kommunale. For eksempel er legemiddelassistert rehabilitering (LAR) formelt i spesialisthelsetjenesten, samtidig som at medisinen gjerne utleveres i kommunale tiltak. Siden undersøkelsen utelukkende er basert på informasjon som informantene selv har kommet med, er det også grunn til å tro at ikke alle tjenestene brukerne mottar eller har mottatt har blitt rapportert. I resultatdelen har vi fokusert på erfaringer og opplevelser med tjenester vi vet er kommunale, og inkludert erfaringer med andre tjenester der dette er relevant for analysen.

De kommunale tjenestene som brukerne fortalte om inkluderte:

- Fastlege
- Hjemmetjeneste
- Helse- og velferdssenter

- Eldrepsykolog
- NAV
- Aktivitetssenter/dagsenter
- Kommunal bolig

Utvalget inkluderer informanter som bor i en bolig de selv eier eller leier av en privat utleier, samt informanter som bor i en kommunal leilighet, omsorgsbolig eller på sykehjem. Når det kommer til inntektskilde var det store flertallet av utvalget pensjonister, mens et mindretall hadde sosialstønad eller ventet på å gå over til pensjon.

Majoriteten av informantene rapporterte at de ikke brukte rusmidler da intervjuet ble gjennomført. Generelt går det et hovedskille i utvalget mellom de som hovedsakelig har brukt alkohol, og de som oppgir at de har misbrukt legemidler og illegale rusmidler. Utvalget varierer også etter de som har en langvarig brukerkarriere bak seg, og de som først utviklet det som kan beskrives som et rusproblem i godt voksen alder. En vesentlig andel av informantene tar også medikamenter som de får skrevet ut i forbindelse med psykiske eller fysiske plager av ulike typer.

Mennesker med rusmiddelproblemer er en mangfoldig gruppe med sammensatte helseutfordringer, og dette gjelder også for eldre mennesker. Som tidligere nevnt er det stor variasjon i utvalget med tanke på grad og varighet av rusproblematikk. Der noen informanter har vært heroinavhengige siden ung alder, er det også en gruppe informanter som utviklet alkoholproblemer i godt voksen alder. Som nevnt er den gjennomsnittlige levealderen hos de som insjiserer rusmidler langt lavere enn hos befolkningen forøvrig, og særlig de tyngste brukerne har lav sannsynlighet til å overleve til fylte 65 (Heiberg m.fl., 2018). Dette har trolig påvirket utvalget, og bør tas med i beregningen når resultatene tolkes.

Generelt har mange av informantene store helseutfordringer. Selv om en del av utvalget oppga at de var fornøyd med egen helsetilstand, brukte mange også ord som "dårlig", "skrantende", "ikke helt god" og "på vei nedover". Informantenes helseproblemer kan dels tilskrives konsekvenser av rusbruk, og dels de mer generelle helseutfordringene alderdommen gjerne fører med seg. I praksis kan disse være vanskelig å skille fra hverandre, da rusbruk både kan framskynde effektene av alderdommen og føre til skader (for eksempel i forbindelse med fall). Noen informanter har også helseutfordringer knyttet til spesifikke sykdommer og skader, for

eksempel muskelsykdommer, kreft eller kols. Mange informanter mottar oppfølging på helseutfordringene sine gjennom hjemmesykepleien, som vil bli beskrevet mer utførlig i resultatdelen.

4. Resultater

I denne delen vil vi presentere resultatene fra en analyse av kvalitative og semi-strukturerte dybdeintervjuer med 23 personer med rusmiddelproblemer mellom 65 og 77 år i tre norske kommuner. Formålet med prosjektet har vært å undersøke hvordan eldre mennesker med rusmiddelproblemer opplever de kommunale tjenestene i deres bostedskommune. Selv om fokuset i undersøkelsen har vært på de kommunale tjenestene spesifikt, kom det fram av resultatene at brukerne i vekslende grad skiller mellom kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten, statlige etater og andre organisasjoner. Mange mottar eller har mottatt tjenester fra flere instanser samtidig, slik at det i praksis blir vanskelig å holde ulike aktører og tilbud fra hverandre. Dette gir grunn til å tro at generelle erfaringer med tilfredshet, kommunikasjon og medvirkning kan generaliseres mellom tjenestene, og at kunnskap om hvordan brukere opplever andre typer tjenester (for eksempel spesialisthelsetjenesten) er verdifull også i en vurdering av det kommunale tjenestetilbudet.

Temaene som dekkes er:

- Informantenes livs- og helsesituasjon (kapittel 4.1)
- Erfaringer og opplevelser med tjenesteapparatet (kapittel 4.2)
- Familie, felleskap og nettverk (kapittel 4.3)
- Oversikt, innsyn og medvirkning (kapittel 4.4)
- Overganger og samarbeid (kapittel 4.5)
- Takknemlighet og udekte behov (kapittel 4.6)

4.1 Informantenes livs- og helsesituasjon

Som det framgår av metodekapittelet fortalte mange informanter om fysiske helseutfordringer, og at de i varierende grad var misfornøyd med sin egen helsetilstand. Mange hadde også psykiske helseproblemer, gjerne i forbindelse med følelser av ensomhet, skam og isolasjon. Her er det trolig at fysisk og mental helse virker sammen. Manglende mobilitet gjør det vanskelig å komme seg ut på sosiale aktiviteter og felleskap, noe som kan skape og forsterke følelser av ensomhet og depresjon. Dette kommer blant annet tydelig fram i historien til den følgende informanten, en mann i midten av syttiårene som hadde et aktivt alkoholproblem på tidspunktet da undersøkelsen ble gjennomført.

Mann, 76:

Helsen min er dårlig. Jeg sitter nå her og ser på tv, og gjør ingenting annet.

Senere i intervjuet kom det fram at informanten var dypt deprimert, i en slik grad at han ofte ikke så noe poeng i å leve. Mannens livspartner hadde gått bort en del år før undersøkelsen ble gjennomført, noe som hadde trigget en nedadgående spiral hvor også bruken hans av alkohol hadde eskalert. I intervjuet fortalte mannen at han sjelden hadde kontakt med verden utenfor, at han ikke «gjorde noenting» og at han slet med å komme seg ut av døra, og at han derfor syntes det var vanskelig å skulle kutte ut alkoholen når han ikke hadde noe annet i livet. Historien hans er et eksempel på hvordan fysiske utfordringer, psykiske lidelser og rusproblemer ofte virket sammen for de som har blitt intervjuet i undersøkelsen, og at isolasjon og ensomhet ofte framstår som både en virkning av og årsak til helseutfordringer.

Mann, 67:

Sitter du så mye aleine, så får du litt psykiske smerter.

Mann, 71:

Når du blir eldre så blir du mer alene. Blir mer ensom, på en måte. Man liker jo ikke klenge seg på hverken sine eller andre.

Mann, 76:

Nei, jeg gjør ikke noe annet enn å sitte og se på tv. Iblant går jeg ut og handler. På polet. Jeg drikker mye, det gjør jeg. Jeg har ikke så veldig mye kontakt med verden utenfor.

Mobilitet og manglende energi er generelt en utfordring for store deler av utvalget, og noe av det de plages mest med i hverdagen. Mange informanter har problemer med balanse og ustøhet, noe som også gjelder de som ellers vil beskrive helsetilstanden sin som god, og mange er avhengige av rullatorer og andre hjelpemidler når de forlater boligen. For noen blir spørsmålet om «man kommer seg ut eller ikke» en viktig indikator på helsetilstand og livskvalitet forøvrig.

Mann, 77:

Jeg synes [helsen] er god. Jeg har blitt litt ustø, så nå går jeg mye med rullator, før gikk jeg bare med staver til å begynne med. Først gikk jeg med sånn prekestol [rullator], selvfølgelig. Jeg går ut hver dag. Men jeg er litt ustabil.

Mann, 72:

Jeg har nok selvfølgelig ønsket at [helsa] hadde vært bedre. Men tross alt, altså, så må jeg si det at jeg greier jo ... Jeg kommer meg ut, og jeg har jo gått ut med rullator i hele vinter.

Kvinne, 73:

Jeg bruker rullator ute da. For å få litt fart på meg ... Det irriterer meg at det ikke kan gå litt fortere.

Mann, 80:

[Helsa er] bra. Ja, med unntak av at jeg ikke er så god til beins lengre, men det har mange grunner, eller flere grunner. Men jeg har jo fått den gåstolen, og den er veldig fin å ha.

Oppsummert har utvalget mange og sammensatte helseutfordringer, og ensomhet og manglende livsmening er et gjennomgangstema. Ensomhet er gjerne forbundet med at det er fysisk vanskelig å komme seg ut av boligen for å treffe andre mennesker og delta i aktiviteter. Å arbeide med å styrke eldre brukeres mobilitet kan derfor være en viktig forutsetning for å ivareta denne gruppas livskvalitet og sosiale behov.

4.2 Erfaringer og opplevelser med det kommunale tjenesteapparatet

Som det kommer fram i fjorårets rapport finnes det begrenset kunnskap i Norge om personer med rusmiddelproblemers erfaringer av og tilfredshet med de kommunale tjenestene (Korus Midt, 2018). Enda mindre vet vi om behovene og opplevelsene til de over 65. I denne delen vil informantene beskrive sine erfaringer med ulike kommunale tjenester i sin nåværende bostedskommune, med hovedvekt på erfaringer fra nyere tid. Informantene snakker i hovedsak om hjemmesykepleien, hjemmetjenesten, DPS, fysioterapi og NAV.

4.2.1 Viktige enkeltpersoner

Flere av brukerne som ble intervjuet til denne undersøkelsen rapporterte at det ofte var én person i det kommunale hjelpeapparatet som hadde en særskilt betydning for deres hverdag og livskvalitet, et forhold som også trekkes fram som viktig i fjorårets kvalitative intervjuundersøkelse (Korus Midt, 2018). Denne personen var ofte en støttekontakt eller kontaktperson, men kunne også være en fastlege, en behandler eller en psykolog informantene følte de hadde et spesielt godt forhold til. En viktig enkeltperson ble beskrevet som en kilde til både praktisk og emosjonell støtte, og noen av brukerne trakk spesifikt en slik enkeltperson fram som noe av de viktigste i livene deres.

Mann, 77: [Hun] stabet meg på beina etter jeg hadde prøvd å ta livet mitt. Fikk meg til å se litt lysere på livet, prøvde alle innfallsvinkler så jeg skulle se litt positivt på forskjellige ting.

INTERVJUER: Hva har det hatt å si for din livssituasjon?

Veldig mye.

Mann, 69: Det var jo han fra psykisk helsetjeneste som fikk meg edru. Det var han som fikk meg nykter, han holdt på vel i 2-3 år før jeg.. før han mente at jeg var i stand til å takle det selv [...] Han kom hjem til meg en og to ganger i uka. Han var helt suveren [...] Han er det mest tålmodige mennesket jeg noen gang har sett. Han taklet det der, og visste akkurat hva han skulle gjøre for å få dette her til å rulle og gå.

Mann, 66: Jeg gikk ut og kjøpte blomster, og det er første blomsterbuketten hun har fått av

noen klient, så hun var helt på gråten, sa hun. Det må du ikke være, sa jeg, for det mener jeg virkelig. Du har vært enestående å ha som saksbehandler.

Kvinne, 73: Fastlegen er enormt fin, ja, hun støtter meg på alle mulige måter.

Å ha en åpen, fordomsfri og likestilt dialog med kontaktpersonen ble framstilt som sentralt i flere av intervjuene. For informantene var det viktig å føle seg sett og forstått, og at kontaktpersonen ble oppfattet som engasjert og tilgjengelig.

Mann, 72: Jeg føler selv at jeg har et veldig godt forhold til fastlegen min, [NAVN]. Som jeg kan ta kontakt med akkurat når det passer meg, for å si det sånn. I hvertfall når hun er på jobb.

Nøkkelen til en sterk relasjon handlet gjerne om personlig kjemi, og at personen ga inntrykk av å bry seg om informanten utover det som blir forventet i en behandlingssituasjon. Et eksempel er det følgende sitatet, hvor informanten trekker fram at han kan snakke om «hele livet» med behandleren sin.

Mann, 68: [Behandleren min] er en veldig ålreit fyr å møte.

INTERVJUER: Hva er det som gjør det ålreit?

Vi kan snakke om alt mulig. Om jeg har bekymringer, om jeg har gjort noe spesielt, eller whatever [...] Det går an å snakke med ham om alt. Rett og slett. Det er ikke fokusert akkurat på rusproblematikken. Det er liksom hele livet.

Forholdet til kontaktpersonen er imidlertid ikke nødvendigvis positivt. En av informantene fortalte om en konflikt med kontaktpersonen sin, og at tonen dem i mellom kunne være fiendtlig og aggressiv:

Mann, 76: Jeg synes hun er litt sint på meg. Men det er kanskje fordi jeg ikke gjør ting hun vil at jeg skal gjøre [...] Jeg synes hun er litt for aggressiv. Hun støtter meg ikke så mye som jeg synes hun burde ha gjort.

Den samme informanten trakk det imidlertid fram som positivt at kontaktpersonen iblant satte seg ned med ham og fortalte om problemer hun selv hadde i hverdagen. Dette bidro til å menneskeliggjøre henne, og gjorde relasjonen dem i mellom mer likestilt.

Mann, 76: Hun utleverer seg også. Hun har sine problemer, og jeg har mine problemer (ler).

INTERVJUER: Så hun forteller litt om sine personlige ting også?»

Ja, det gjør hun.

INTERVJUER: Hva synes du om det?

Jeg synes det er greit. Jeg synes det er kjempefint. For det viser at vi er to mennesker som har forskjellige behov, ikke at hun skal styre meg.

De fleste av informantene intervjuet i denne undersøkelsen mottar tjenester fra flere ulike kommunale tilbud, og må derfor forholde seg til ansatte fra ulike instanser og institusjoner. Her kunne en viktig enkeltreasjon bidra til å sikre koordineringen mellom de ulike tjenestene, og fungere som en kilde til trygghet og støtte.

Mann, 77: [Kontaktpersonen min] ble innkalt da vi skulle ha det store møtet med å bytte medisiner. Da er [hun] med. Og hun hadde møter med hjemmetjenesten, da var [hun] med sammen med legen min [...] For meg blir det veldig trygt, fordi hun har fornuftige meninger.

Mann, 69: Hvis jeg nå kjenner en saksbehandler veldig godt, kan du si, så har jeg mye lettere for å få gjennomslag for det jeg selv mener enn hvis jeg ikke kjenner vedkommende.

Som det siste sitatet illustrerer, kan nære relasjoner med de kommunalt ansatte også gjøre det lettere å øve innflytelse i oppfølgingen. For de av informantene som ikke hadde en slik enkeltreasjon ble dette iblant trukket fram som noe de savnet og ønsket seg:

Mann, 71: I første omgang kunne jeg tenkt meg å ha et menneske fra kommunene som

kunne vært behjelpelig med de tingene jeg har behov for.

Som vi senere skal vise føyer dette seg inn i et bredere mønster i undersøkelsen forøvrig, hvor informantene ofte etterspør mer sosial kontakt og oppfølging fra det kommunale tjenesteapparatet. Samtidig som at det å ha en sterk enkeltperson i kommunen framstår som både praktisk nyttig og emosjonelt verdifullt, kan det å være avhengig av én enkelt kommunal ansatt også sette brukeren i en sårbar situasjon i tilfelle den ansatte av en eller annen grunn skulle bli utilgjengelig eller forholdet skulle skjære seg. Det er også verdt å huske at ikke alle brukere kan eller ønsker å ha slike relasjoner, og at det derfor er viktig å tilrettelegge slik at dette ikke blir en forutsetning for å motta et godt tjenestetilbud.

4.2.2 Tilgjengelighet

Tilgjengelighet og fleksibilitet beskrives som sentralt av mange av informantene, og de fleste er også fornøyd med graden av tilgjengelighet i de kommunale tjenestene. Samtidig er det en viss variasjon i utvalget om hvordan tilgjengeligheten oppleves. En del av informantene rapporterer at de ikke har hatt behov for å ta kontakt utover avtalene sine, og at de derfor ikke vet hvordan tilgjengeligheten fungerer:

Mann, 76: Jeg har ikke tatt så mye kontakt med dem. De har tatt kontakt med meg [...] Jeg har ikke hatt behov for det.

Andre informanter forteller at de opplevde å bli godt tatt i mot av tjenesteapparatet, og at de har muligheten til å komme i kontakt nærmest når de måtte ønske.

Mann, 68: Jeg ble utrolig positivt overrasket ... Jeg har ei fortid med det som heter a-etat og sånt, der jeg mistet alt [...] Da var jeg knust. Nå når jeg kom til nav, det var noe helt annet. Jeg trodde ikke at det gikk an å være så hjelpsom ... Det var helt fantastisk, på alle måter.

Mann, 72: Er det noe som jeg føler behov for å få hjelp medisinsk, så får tar jeg bestandig kontakt med fastlegen min. Hun er på [senter], og der er det veldig kurant å få komme inn.

Mann, 77: Jeg har telefonnummer til senter for hjemmetjenesten. Også har jeg

telefonnummer til ... skal vi se her, da. Så jeg kan ringe til disse med en gang hvis det er noe som står på.

Der noen brukere har mulighet til å komme i kontakt med sentrale kontaktpersoner når de selv ønsker, inkludert på kveldstid og i helgene, opplever andre tilgjengeligheten som mer avgrenset og sporadisk.

Kvinne, 66: [Tilgjengeligheten] kan være litt problematisk, egentlig [...] For det er fra 9 til 13. Utenom det så får du ikke tak i dem her. Nei, det er ikke noe mer da.

INTERVJUER: Ja, hvis du ikke er her innen 13, så får du ikke snakke med din kontaktperson i det hele tatt?

Nei. Det får du ikke. Og heller ikke på telefonen, eller noen ting. Ikke etter 13, nei. Jeg vet ikke ... Før, så var det ifra 9 til 15. Men nå har det plutselig blitt fra 9 til 13, for de må visst ha lengre møter [LER]. Unnskyld at jeg ler. Neida ...

Denne variasjonen henger trolig sammen med informantenes livssituasjon forøvrig. Store deler av utvalget mottar for eksempel daglig eller ukentlig oppfølging fra hjemmesykepleien, eller bor på eldreresenter eller i omsorgsbolig, og har derfor rutinemessig og jevnlig kontakt med kommunale ansatte i hverdagen. Noen har også familie eller andre pårørende som i stor grad tar ansvaret for kontakten med hjelpeapparatet:

Kvinne, 65:

INTERVJUER: Hvordan opplever du at det er å komme i kontakt med tjenestene? Har det vært aktuelt for deg?

Nei, det har ikke det.

Fordi du har en fast avtale du forholder deg til?

Ja. Jeg har [senteret], så har jeg en samboer som er fantastisk flink til å ringe.

Det varierer også hvilke forventninger informantene stiller til tilgjengeligheten. Der noen ideelt sett skulle ønske de hadde et telefonnummer de kunne ringe når som helst, er andre fornøyde

med å ha faste avtaler eller et avgrenset tidsrom de kan ta kontakt innenfor. Som det følgende sitatet illustrerer, føler også noen at ansvaret om å oppsøke hjelpeapparatet først og fremst står på dem.

Mann, 72:

INTERVJUER: Hvordan opplever du at det er å komme i kontakt med tjenestene om du har behov?

Det må jeg si at det synes jeg er helt OK. Det jeg har prøvd å si til deg, er at jeg føler selv at jeg på en måte er ganske sosial, men på det området så har jeg ikke vært noe flink. Kunne vært flinkere. For jeg hører jo på andre at de står på, hopper fra det ene kontoret til det andre.

De siste tiårene har digitalisering både vært en tydelig utviklingstendens og et politisk mål i de norske helse- og omsorgstjenestene. Stadig flere digitale løsninger har blitt utviklet og implementert for å følge opp og behandle brukergrupper, og mye kommunikasjon og spredning av informasjon foregår nå over nett. For noen av informantene i utvalget var dette problematisk, da de manglet ferdighetene som trengs for å benytte seg av internett.

Mann, 68: I det øyeblikket du ikke har internett da sliter du ... Bare prøv, slå av maskina di, og ikke bruk henne på tre måneder. Så skal du se hvordan det ligger an [...] Du har ikke sjans uten internett i dag.

Hovedinntrykket fra det kvalitative intervjumaterialet er likevel at de fleste er fornøyde med tilgjengeligheten, samtidig som både erfaringer og forventninger varierer innad i utvalget.

4.2.3 Erfaringer med hjemmesykepleie

Mange av informantene som ble intervjuet i forbindelse med denne undersøkelsen mottok oppfølging fra hjemmesykepleien, og hadde dermed daglig eller ukentlig kontakt med kommunalt ansatte sykepleiere, omsorgsarbeidere, vernepleiere og helsefagarbeidere. Konkrete oppgaver hjemmesykepleien assisterte med var utlevering og dosering av medisiner, matlaging, personlig hygiene og renhold. For disse informantene var det gjerne hjemmesykepleien de hadde mest kontakt med av de kommunale tjenestene, og to av

informantene trakk også fram denne oppfølgingen som blant det viktigste i tilbudet de mottok.

Mann, 76: Det viktigste er at det kommer folk hit og vasker og støvsuger hver tredje uke. Å ha renhold. Skifte på senga.

Mann, 69: Det viktigste må jeg jo si at akkurat nå er hjemmesykepleien.

Samtidig hadde mange ambivalente erfaringer med hjemmesykepleien. Mange opplevde at det var stor utskiftning blant de ansatte, og at dette kunne bli oppfattet som problematisk.

Kvinne, 73: Det er veldig mange forskjellige. Det hender det dukker opp en og annen som jeg kan kjenne ansiktet på, men det er veldig forskjellig [...] Jeg fikk hjelp en gang, hun kom og vasket ryggen min, det er bare det at det er noen der da. Og så kom det neste gang jeg sto opp, på skjærtorsdag, da kom det en mann. Og jeg sa at jeg ikke ville ha en mann, jeg vil ha en dame til å dusje meg. Ja, nei ... Jeg angrer på at jeg ikke ba han om å gå, men han fikk nå være der mens jeg dusjet, ikke sant. Ja, og etter det sa jeg opp avtalen. Det vil jeg ikke ha noe av [...] Så akkurat det synes jeg var dårlig gjort, å sende en mann i stedet.

Mann, 77:

Jeg tror jeg telte til å begynne med at jeg har 40 forskjellige. I løpet av en to-tre måneder.

Mann, 68:

[Kontakten med hjemmesykepleien] er veldig greit for meg. Ehm ... Det føles trygt, da. Jeg har jo selvsagt det samme ankepunktet som alle andre her, og det er at det er veldig mange forskjellige. [...] Det tror jeg går igjen.

INTERVJUER: Kanskje du vil si litt om hvordan du opplever det? At det er mange forskjellige?

Nei, det kommer jo støtt og stadig noen som lærer opp, da. Jeg har mikrobølgeovn, men det er ikke alle som skjønner hvordan de skal få den på og sånt. Det er ikke noe annet plagsomt, altså, jeg har ikke annet noe ubehag. Men noen ganger.

Noen informanter fortalte at det at det var så mange forskjellige ansatte gjorde det vanskelig å

etablere en sosial kontakt med hjemmetjeneste-arbeiderne. En vanlig erfaring var at hjemmesykepleierne kun var der for å gjøre jobben sin så raskt som mulig, og at man som bruker bare var enda et nummer i rekka.

Mann, 69: Det kan være mange ensomme mennesker [...] For dem betyr det veldig mye å få besøk av hjemmesykepleien. Og gjerne hvis de hadde klart å stoppe en liten halvtime, men det er jo håpløst for hjemmesykepleien å gjøre. For de har jo en lang liste på noen-og-tyve navn.

Mann, 76: De som er her, de er veldig kjekke og greie. Det er de. Men jeg får ikke noe sosialt ut av det. De kommer og vasker og rydder og alt mulig sånt. Men jeg får ikke noe annet.

Mann, 77: Du kommer ikke innpå dem, da. Og de kommer heller ikke innpå meg noe særlig. Men det er jo det samme overalt, når du leser om det, er at de har liten tid og at det er så mange forskjellige som kommer. Det er ikke de samme hver gang [...] Men jeg har ikke klaga på det, jeg synes det går veldig bra. Noen ganger sitter de i 20 minutter, noen ganger 25 minutter også. Men det er liksom det at den sosiale biten blir liten. De skal utføre ... kle på meg, vaske meg og ha på mat. Det er liksom det.

Mann, 69: Jeg gidder ikke ha masse fremmede folk inn i leiligheten her som ikke ... Som bare er på jobben for å få lønning. De bryr seg ikke i det hele tatt, de bare spør for å ha spurt. Jeg merker det godt ... Jeg har hatt hjemmehjelpe, eller hjemmesykepleien, så lenge at jeg kjenner dem ut og inn nå [...] På to uker så har det vært like mange forskjellige innom her som det har vært dager. Og da har jeg ringt ned og sagt nå er det slutt.

Mann, 69: Jeg synes i hvert fall det at de burde tenke littegrann mer på bruker enn bare tenke på å få den der lista, vaktlista til å gå ihop. Tenke på den brukeren som sitter der hjemme.

Som disse sitatene antyder, er det svært varierende i hvilken grad brukerne opplever det som negativt med høy gjennomstrømming i hjemmetjenesten. Generelt antyder resultatene imidlertid at mange etterlyser en sosial kontakt fra hjemmetjenesten som går utover rent praktiske gjøremål, og at kombinasjonen av mange ansatte og høyt tidspress gjør det vanskelig

å bygge gode og forutsigbare relasjoner. I verste fall kan hjemmetjenesten derfor bidra til å forsterke, heller enn å redusere, følelser av ensomhet, isolasjon og fremmedgjøring, problemstillinger som vi tidligere har sett rammer store deler av utvalget.

4.2.4 Dialog og åpenhet med de ansatte

Et viktig tema i intervjuene var hvordan informantene opplevde dialogen med de kommunalt ansatte, og hva som skulle til for å sikre gode, trygge og likestilte relasjoner. Som det har kommet fram i kapittelet om hjemmesykepleien virker det som en viktig forutsetning at det ikke er for mye utskiftning blant de ansatte, og at brukeren føler at de ansatte har en genuin interesse og empati for deres spesifikke situasjon og behov. Mange vektlegger også betydningen av å ha én fast kontaktperson eller en annen viktig relasjon som kan gi praktisk, sosial og emosjonell støtte. Et fellestrekk i intervjuene er at informantene ofte vektlegger betydningen av de ansattes syn på mennesker generelt og på rusproblemer spesielt. At de ansatte møter brukeren med forståelse, og ikke fordømmelse, trekkes fram som sentralt for å sikre en god dialog og åpenhet. Et sitat fra en bruker som har hatt negative erfaringer med enkeltansatte i helsevesenet tydeliggjør dette:

Mann, 69: I helsevesenet er det noen som avskyr rusbrukere og gir tydelig uttrykk for det. Det er ikke så hyggelig. Da blir jeg litt skeptisk [...] Jeg var på [sykehuset] fordi jeg skulle sjekke om jeg hadde tette blodårer, så jeg var på sånn ultralyd der. Og han legen som sjekket det, han var motbydelig. Han sa rett ut at han ikke likte rusmisbrukere.

Slike erfaringer kan bidra til følelser av stigmatisering og fremmedhet, og redusere brukerens vilje til å oppsøke og ta i bruk hjelpeapparatet. De aller fleste som er intervjuet til denne undersøkelsen har imidlertid også positive erfaringer de forteller om:

Mann, 72: De har i grunnen vært snille mot meg, da. De har ikke.. ikke kommet med noen pekefinger, nei [...] Jeg mener det at jeg har vært godt lyttet til og hørt på, av de jeg har snakket med om mine problemer. Når jeg har forlatt dem, så føler jeg det at jeg har blitt hørt.

Mann, 71: De aller fleste er veldig åpne og hjelpsomme når de vet [om rusmiddelproblemet]. En får på en måte forståelse av hva som er grunnen til at en er

kommet litt skeivt ut.

Mann, 80: De kom jo fordi jeg allerede var bokført som alkoholiker, ikke sant. Så de var helt åpne om at de kom fordi de ville se hvordan jeg hadde det og alt det der der. Og prate litt. Var sjelden vi pratet om alkohol, men ja, litt av skadene var det jo. Men jeg vet ikke. For meg var det bare noen hyggelige ... som nå ... en hyggelig stund. Et nytt menneske å bli kjent med.

Som det kommer fram i det siste sitatet, er det viktig for mange at de ansatte ikke bare møter dem som en person med rusmiddelproblemer. Selv om informanten forstår at de ansatte kom fordi han var "bokført som alkoholiker", opplevde han likevel situasjonen som hyggelig og likestilt, dels fordi de sjelden snakket spesifikt om alkohol. Andre trekker fram betydningen av de ansattes menneskesyn, og forståelsen for at man er forskjellige:

Kvinne, 65: Og det er også det menneskesynet de har. Og det gjennomsyrrer hele avdelingen. Fra renholdere og opp på det nivået jeg har vært, i hvert fall. [...] Den respekten for at vi er forskjellige. Og at, ja, vi har forskjellige erfaringer, vi har forskjellige meninger. Den respekten.

Hvordan de ansatte forstår og forholder seg til rusproblemer trekkes også fram som sentralt av mange av informantene: I det følgende sitatet forteller en mann om at han ikke "hadde bruk" for behandlerne sine, fordi disse ikke forsto alkoholproblemer på samme måte som ham selv:

Mann, 70: Det var et par unge [jenter] som liksom hadde meg til behandling da, eller hva en kaller det, for at jeg skulle utdype saker og ting. Men jeg hadde ikke noe bruk for dem. De var tomme å snakke med for meg. De hadde ikke peiling på alkohol. Og det er klart at det kan jeg ikke forlange heller, folk som er i den terapivinkelen behøver kanskje ikke ha så mye greie på virkninger og sånn, men jeg hadde en del greie på det gjennom familien min og mitt eget misbruk. Så jeg hadde ikke noe bruk for dem ... Ikke i det hele tatt [...] De hadde ikke erfaring, og det skal en ikke vente at ungjenter i tjueårsalderen har heller, det, det forstår jeg jo [...] Jeg fikk ikke til å sette ned foten der og da med dem, fordi at jeg følte at de snakket over hodet på meg, om alt mulig rart og målinger og forskjellig ... Det var vanskelig for meg å forstå.

I dette sitatet ser også alder og kjønn også ut til å være en faktor, da det kan virke som om mannen sleit med å identifisere seg med behandlerene sine fordi han anså dem som ungjenter. Samtidig virker det som om mannen til en viss grad også følte seg underlegen de unge behandlerne, idet han forteller at han ikke klarte å "sette ned foten" fordi de snakket om ting han ikke skjønnte. Utdraget viser det tvetydige maktforholdet som ofte kan eksistere mellom bruker og behandler, og hvordan ulikheter i kjønn, alder, erfaring og kunnskap ofte kan vanskeliggjøre dialogen mellom dem. Den samme informanten fortalte også at han hadde opplevd å bli kroppsvisitert på vei inn på sykehjemmet, og at de ansatte hadde søkt gjennom rommet hans etter alkohol.

Å ikke bli møtt med fordømmelse, selv etter en sprekke, blir av mange trukket fram som sentralt for å bygge fortrolige og nære relasjoner. Noen forteller om at de føler seg annerledes behandlet avhengig av om de var inne i en rusperiode eller ikke, og at mennesker med rusproblemer generelt blir stigmatisert og sett ned på. I det følgende sitatet forteller en kvinne om hennes erfaring med at mennesker med rusproblemer som gruppe ikke blir tatt på alvor av de «over» i systemet.

Kvinne, 65: Jeg har meninger om det som er over oss. Som vi ikke styrer [...] Jeg føler at vi ikke blir tatt på alvor. Det er vanskelig å få behandling. Jeg vet at jeg sa da jeg var på [sykehuset], at jeg skulle ønske jeg hadde fått kreft. For da hadde jeg fått en seng, og da hadde jeg fått behandling.

INTERVJUER: Rusproblematikken blir ikke prioritert?

Nei.

I dette sitatet gir kvinnen uttrykk for at det er vanskeligere å få behandling for rusproblemer enn for andre sykdommer, og at dette forholdet grunner i de beslutningene og prioriteringene som gjøres på styringsnivået. Som vi senere skal komme tilbake til er det en utbredt skepsis til politikere, forskere og andre representanter for sosiale eliter i utvalget, og at de gjerne er mer positivt innstilt til de på «gulvet» enn de lenger opp i systemet. Personlig kjemi kan også ha mye å si for hva brukeren velger å dele med de ansatte, som det følgende sitatet viser:

Mann, 69: Det der med hjemmesykepleien, det har med kjemi å gjøre det, altså. For hvis

du merker at de ikke bryr seg i det hele tatt får du ikke kjemi heller, og da gidder ikke jeg å fortelle. Jeg gidder ikke å fortelle dem en damn dritt om jeg så var halvda. Mens de jeg har kjemi med, og som liksom kjenner meg ut og inn, de har jeg ingen problem å prate med.

For denne informanten var det sentralt at de kommunalt ansatte ga inntrykk av å bry seg utover de rent praktiske arbeidsoppgavene sine, og at det var nok kontinuitet og dybde i forholdet til å muliggjøre ærlighet og tillit. Dette poenget blir også illustrert i neste del, som omhandler utvalgets erfaring med hjemmesykepleietjenesten.

4.2.5 Mottagelighet og betydningen av egne ressurser

For å sikre en god kommunal oppfølging er det ikke tilstrekkelig å sørge for at tjenestene er tilgjengelige; den enkelte brukeren må også være mottagelig og motivert for å benytte seg av tilbudet som finnes. Generelt er mange informanter takknemlige for tilbudet de har mottatt, og opplevde det som enkelt å takke ja til de kommunale tjenestene da de først ble forespurt.

Kvinne, 66: Jeg er fryktelig takknemlig, altså. Det.. ja. Jeg vet jeg høres ut som en sånn skrytepave. Ja, liksom ... Hadde du tenkt deg selv, hvis du hadde fått alt dette, og ikke visste at det fantes noen ting?

Mann, 77: Jeg innså det at jeg trengte hjelp. Det var ikke noe vanskelig for meg å si ja takk til det der, altså. Da kommer de hver morgen, ser at jeg kommer meg opp, vasker meg i ansiktet og sånn forskjellig. Også sørger de for at de lager mat til meg, [...] Det gikk veldig greit. Jeg sa ja takk. Hadde ingen problemer med å ta i mot hjelp.

Mann, 70: Jeg er åpen som ei låvedør, for jeg vil gjerne ha hjelp. Men jeg må ha hjelp til selvhjelp for å løse det enorme problemet med alkohol.

Kvinne, 65: Jeg bruker selv å si at jeg tror jeg er heldig. En solskinnshistorie, pleier jeg å si. Når det først går ille, så har tiden etterpå gått veldig bra [...] Når det gikk så dårlig at jeg måtte ha hjelp, så sto de der.

Som vi vil komme inn på i neste kapittel, er det en viktig verdi for mange av informantene å klare seg selv. En informant fortalte at han i utgangspunktet forsøkte å kutte ut rusmidler på

egen hånd, og at han først søkte hjelp etter gjentatte sprekker:

Mann, 69: Jeg prøver som regel å ordne opp i tingene selv. Jeg har relativt stor tro på meg selv og mine egne evner, så jeg prøvde å kutte ut heroin på egen hånd. Så da låste jeg meg inne hjemme, og ga en kamerat nøklene til døra. Han låste og kom med mat til meg, og jeg var hjemme og var syk i ... holdt på å si flere uker, og ble frisk. Og låste ut, og fikk igjen nøklene, og fikk penger, og våknet med hodet i kattedoen. Da hadde jeg sprukket. Og det samme gjentok seg ... tre ganger prøvde jeg på egen hånd [...] Da mistet jeg helt troen på meg selv. Da skjønnte jeg at dette fikser jeg ikke, jeg må ha hjelp.

Mann, 72: Jeg vet det at hvis jeg føler at dette er noe som, «dette vil jeg ikke svare på, dette vil jeg ikke være med på», så har jeg full anledning til å si «nei, kutt ut». Men sånn er jeg ikke egentlig. Jeg mener at så lenge det kommer folk her som vil hjelpe deg og informere deg, så skal du ikke være avvisende. Det vil være feil.

Som det siste sitatet tyder på, føler noen på det som kan beskrives som et moralsk ansvar for å ta i mot tjenestene, og at det «vil være feil» å takke nei til tilbud de får. Et interessant funn er at mange informanter forteller om en følelse av å motta flere tjenester enn andre brukere, tidvis i en slik grad at de erfarer å få mer enn de 'fortjener':

Mann, 80:

INTERVJUER: Opplever du at du får den hjelpen du trenger?

Ja, absolutt. Nesten mer. Jeg sitter nesten her med dårlig samvittighet fordi jeg legger, eller at jeg bruker ressurser som jeg egentlig ikke burde ha [...] Jeg synes jeg legger for mye beslag på kommunens tjenester. At det er andre som kanskje har større behov.

Kvinne, 66: Så jeg er nesten redd, jeg, for å si her ute at jeg har fått hjelp med det og det og det. For det har ikke de fått, selv om de har spurt tusen ganger [...]

INTERVJUER: Hva tror du skyldes at de ikke får den hjelpen?

Det skyldes nok i stor prosent dem selv, fordi de ... Ja, de er stae og veldig kritiske, noen. De vil ikke se det gode i det. De ser bare det som er negativt. Og det er rusmisbrukere

veldig flinke til, det har jeg vært selv også.

Som det siste sitatet antyder, er det også noen som mener at de har fått for mye sammenlignet med andre brukere. Videre opplever noen informanter at hjelpen de har mottatt til en viss grad er avhengig av deres egne ressurser, innstilling og innsatsvilje, noe som kan føre til ulikhet i behandlingen. Flere vektlegger betydningen av å være oppegående og aktiv, eller å ha med seg noen inn som kan stille de «riktige» spørsmålene (f.eks til fastlegen).

Mann, 71: Det som er viktig med å være til legen er jo at en på forhånd er såpass oppegående at man har med seg noen [...] For å være syk så må man ha med seg noen inn, eller så må du være såpass bestemt og sikker i hvilken hjelp du trenger at. En må helst ha det notert ned på en lapp, og legge en plan.

Noen av informantene oppgir at det foregår forskjellsbehandling i de kommunale tjenestene, ofte på en slik måte at de som er ruset blir behandlet verre enn andre. Samtidig er det også en vanlig erfaring å ha blitt forskjellsbehandlet i positiv forstand, og å ha fått «for mye» sammenlignet med det man selv tenker at man fortjener. Denne opplevelsen av å få "for mye" kan likevel også redusere kvaliteten og effektiviteten i tjenestetilbudet, fordi den enkelte kan kvie seg for å takke ja til hjelp man har behov for og krav på. Endelig kan fordelene det gir å ha med seg en pårørende inn i interaksjonen med hjelpeapparatet bidra til å skape ulikheter, et poeng som blir utdypet i senere i rapporten.

4.2.6 Å klare seg selv

Samtidig som at tjenestetilbudet må være omfattende og tilgjengelig nok til å møte brukernes behov, er det også viktig å respektere brukerens rett til privatliv og selvstendighet. En del av informantene i undersøkelsen fortalte at de hadde opplevd at hjelpeapparatet tidvis var for omfattende, og at de hadde trukket seg tilbake for å heller «klare seg selv». Noen hadde gjort dette fordi de opplevde at de rundt dem ble for pågående. En informant forteller:

Kvinne, 73: De er ganske store, de problemene du har når du du har rus [...] Og alle rundt deg skal gjerne støtte deg opp, og si at du må gi deg. Det ble for mye for meg her en periode, så da sa jeg nei til alt ... Det stoppet helt opp, altså ... Jeg orket ikke mer ... Følelsen av at du ikke hadde ditt eget liv. Alle skulle bestemme hvordan jeg skulle ha det. Det klarte jeg

ikke ... Såpass selvstendig er jeg.

Andre oppga at de hadde takket nei til ulike tjenester, for eksempel oppfølging fra hjemmetjenesten, fordi de syntes at de burde være i stand til å håndtere slike ting på egen hånd.

Mann, 80: Nei, jeg bør kunne klare meg selv. Det er selvfølgelig hyggelig å få hjelp, og det er hyggelig å få besøk. Men jeg synes jeg bør kunne klare det daglige her. Og det kreves jo ikke mye tid, ikke sant. Vaske gulver og sånt. Joda, det skal jeg huske.

Generelt virker betydningen av å stå på egne ben, så langt det er mulig, å være viktig for store deler av utvalget. I det følgende sitatet forteller en kvinnelig bruker om at målet hennes på sikt er å komme seg «videre» og ut av behandling.

Kvinne, 65: På sikt så må jeg jo komme videre. Uten hjelp. Jeg kan jo ikke gå sånn hele livet.

INTERVJUER: Hvorfor tenker du det? Det er jo folk som går i behandling mesteparten av livet?

Ja, det kan hende det. [...] Jeg har hele tiden vært sånn at jeg skal ordne opp selv. Og det vil jeg nok komme dit hen at jeg skal gjøre også.

I denne kvinnens tilfelle ser ønsket om å stå på egne ben ut til å være motivert av hennes oppfatning av seg selv som en person som «ordner opp selv». Andre informanter tillegger det å være uavhengig av stat og kommune en mer generalisert moralsk verdi, som illustrert av de følgende sitatene:

Mann, 66: Jeg forlanger ikke noe mer, jeg synes det er bra. Noe må folk ordne selv og. Folk må ordne noe selv, kan ikke bare si «staten skal ordne det, nå får kommunen gjøre det, nå får staten gjøre det.» Nei, den er det mange som tar, altså. Hele tiden kommer den. Enn med deg selv, da?

Mann, 71: Jeg har vel egentlig ikke bedt om noe omfattende hjelp fra kommunen og på sånn. På den tida jeg gikk på sosialen så var det jo den biten, men jeg har jo stort sett, via

nettverket jeg har av andre som også har hatt et rusproblem, så har jeg klart å greie meg sånn stort sett på egen hånd.

INTERVJUER: Ja, men du fikk da økonomisk hjelp tidligere?

Ja, det gjorde jeg da, da var det bare sosialpenger det gikk i, det var jo i den tida jeg drakk, kan du si. Det var ikke så mye, men.

Mann, 72: Det er mulig at jeg tenker litt feil på det området, for det er mulig at jeg har krav på mer enn det jeg i det hele tatt har fått hørt noe om ... For det har ikke vært noe tema. Og ... Men det også går jo på meg selv, for det er jeg som ikke har spurt. Ikke sant? Jeg har jo ikke noen andre enn meg selv å skylde på der heller.

Der den første informanten kritiserer folk som ber det offentlige om å ordne opp i livene sine, virker mannen i det andre sitatet å være opptatt av å begrense inntrykket av hvor mye hjelp han har mottatt fra det kommunale tjenesteapparatet. Den tredje informanten inntar på sin side en selvkritisk holdning, og klandrer seg selv for at han ikke har mottatt flere tjenester enn han har fått. Disse sitatene antyder på ulike måter en oppfatning om at det er galt å være avhengig av det offentlige, og at det moralsk riktige er å klare seg selv så langt det er mulig. Denne oppfatningen kan på den ene siden demonstrere en tro på egne ressurser, men også følelser av skam over å motta hjelp og/eller tilhøre en stigmatisert gruppe. Fra et praktisk ståsted er det derfor viktig å skille disse to faktorene fra hverandre, og balansere hensynet til den enkeltes autonomi med innsikten om at noen brukere av ulike grunner kan ha vanskelig for å ta i mot hjelp de har krav på og behov for.

4.2.7 Oppsummering

Brukerne som er intervjuet til denne undersøkelsen har både positive og negative erfaringer med de kommunale tjenestene. Helhetlig sett framstår brukerne jevnt over fornøyd med oppfølgingen de har mottatt, samtidig som det også finnes tydelige rom for forbedring. Informantenes positive erfaringer er gjerne tilknyttet relasjoner med viktige enkeltpersoner i tjenestene, som for eksempel en kommunal kontaktperson, en fastlege, en psykolog eller en rusbehandler. Personlig kjemi, kontinuitet og forståelse er viktige faktorer, og å bli møtt uten fordømmelse også i rusperioder. Noen informanter oppgir å ha mer positive erfaringer med

ansatte «på gulvet» enn de lenger opp i systemet, noe som kan henge sammen med en generalisert skepsis til det offentlige styringsapparatet.

Hovedinntrykket fra datamaterialet er at informantene stort sett er fornøyde med tilgjengeligheten, samtidig som det er variasjon mellom brukerne i hvilke forventninger de stiller og hva slags erfaringer de har. En stor del av utvalget har tjenester fra hjemmesykepleien, og blant disse er det en nær universell erfaring av høyt tidspress og stor utskiftning blant de ansatte. Dette skaper for noen følelser av fremmedgjøring, ensomhet og frustrasjon. Det er også verdt å være bevisst på hvilke utfordringer den økende digitaliseringen av helse- og omsorgstjenestene skaper for eldre brukere som mangler digital kompetanse.

4.3 Familie, felleskap og nettverk

Familie, venner, sosiale felleskap og nettverk er viktig for enkeltmenneskets livskvalitet, og kan også være en ressurs i møte med det kommunale tjenesteapparatet. Mange av de som ble intervjuet til denne undersøkelsen har hatt barn, ektefeller, familiemedlemmer eller andre pårørende inne i behandlingsprosessen. Å involvere pårørende kan ha både en praktisk og en emosjonell verdi – praktisk, fordi de pårørende kan hjelpe til i det daglige og bistå med å navigere i det som tidvis kan oppleves som et uoversiktlig og komplisert hjelpeapparat, og emosjonell, fordi pårørende kan gi en følelsesmessig støtte og motivasjon for å komme seg gjennom vanskelige perioder og overganger. De to følgende sitatene illustrerer den praktiske nytteverdien det kan ha å ha noen til å bistå seg i møtet med det offentlige:

Kvinne, 73: Jeg bruker ikke telefonen. Det er mannen min som ringer for meg ... Jeg har liksom telefonskrek, jeg. Men de er alltid forekommende. Når han ringer så er det alltid sånn at det ordner seg.

Mann, 67: [Datteren min] har sett gjennom papirhaugen.

For disse to informantene blir nære familiemedlemmer en ressurs i møte med hindringer (henholdsvis telefonen og «papirhaugen») de ellers måtte ha overkommet på egenhånd. Dette illustrerer betydningen av sosiale nettverk, men også hvordan de kommunale tjenestene iblant kan oppfattes som skremmende eller kompliserte. Det er viktig å presisere at sterke relasjoner ikke nødvendigvis trenger å være med biologiske familiemedlemmer eller livsledsagere. En informant som ble intervjuet til undersøkelsen fortalte at han hadde fått hjelp og støtte i rusbehandlingen av en nær venninne, som han omtalte som «min nærmeste pårørende»:

Mann, 68: Hun har vært her, på møter, både med og uten meg. Mens jeg var innlagt.

INTERVJUER: Er det noen andre som har vært involvert i behandlingen? For eksempel familie?

Altså, de vet om det, og har vært på besøk mens jeg har vært innlagt. Men ikke noe utover det, nei.

INTERVJUER: Så det er mest [A] som har vært aktivt involvert?

Ja.

INTERVJUER: Hva slags betydning har det hatt for deg?

Nei, det er vel årsaken til at jeg kan sitte her i dag og prate med deg.

INTERVJUER: At hun har vært med?

Ja.

Som vi ser i dette utdraget var det for informanten livsviktig å ha med seg en pårørende i behandlingsprosessen. En annen intervjudeltager fortalte at barna hennes var tilstede som en «urkraft» som motiverte henne til å klare seg gjennom rusproblemene:

Kvinne, 65: Det måtte være en urkraft i meg som gjorde at jeg sto på. Og jeg tror ikke jeg ville klart det alene. Du er nødt til å ha de rundt deg [...] Skulle jeg vært helt alene om den prosessen, da ... Er jeg ikke så sikker på om jeg ville ha vært her i dag. Fordi at ... Da tror jeg ikke jeg hadde følt at jeg hadde hatt noe å levd for, rett og slett.

En tredje informant bodde hjemme hos sin eldre søster, som hadde hjulpet ham både i hverdagen og i møte med de kommunale tjenestene:

Mann, 72: Hun vet jo instansene som hun eventuelt skal kontakte, ikke sant, når det er et eller annet som skjer. Og hun er jo kjapp til å ta eventuelle symptomer også. Så nå er hun kanskje den som kjenner meg best på det området.

INTERVJUER: Så da tar hun litt styringen da, og ringer hit og dit?

Ja, hun gjør det.

Senere i intervjuet uttrykte mannen ambivalens til at søsteren hadde tatt så stor rolle i livet og i behandlingen hans. Han fortalte at han hadde latt være å søke kommunale tjenester fordi han

hadde fått så mye av søsteren sin, og at han iblant bekymret seg for om han hadde vært en for stor belastning.

Mann, 72: Skal jeg være helt ærlig ... Det er jo bare fint om hun har gjort det, men jeg synes ikke det blir riktig, fordi hun har holdt på så mye med meg opp gjennom årene. Og når hun begynner å bli 75 år, da synes jeg at hun må i alle fall få lov til å slippe fri [...] Jeg har jo ikke stått på noe, og det er vel i grunnen min egen feil. Men det, som jeg sa, jeg har jo følt meg trygg, da. Men jeg har jo samtidig i etterkant tenkt på at det går ut over søsteren min.

Historien hans illustrerer hvordan det å involvere pårørende også kan avlaste de kommunale tjenestene på uhensiktsmessige måter, ved at arbeidsoppgaver i for stor grad flyttes fra helse- og omsorgstjenestene og over på de pårørende. Dette kan være en særlig utfordring for de som mangler et sterkt nettverk rundt seg, en gruppe som diskuteres i rapportens neste del.

4.3.1 Vanskelige relasjoner

Selv om mange av informantene i utvalget hadde et sosialt nettverk rundt seg, hadde også noen en løsere eller mer problematisk sosial tilknytning. En del informanter fortalte at de hadde mindre kontakt med familien enn de skulle ønske, og at rusproblemene har vært en medvirkende faktor her.

Mann, 76: De [familien] er så sinte på meg for at jeg drikker. Og jeg kan ikke ringe dem og si at kan du ikke gå på polet og kjøpe en flaske sånn og sånn. [...] De sier at du drikker altfor mye. Og ja, sier jeg, jeg gjør det. Men ... det er jo mitt valg.

Kvinne, 65: Datteren min vil at vi skal gå i terapi. Men jeg er litt usikker, for de er så veldig opptatt av det som har vært. Og jeg har sagt unnskyld. Mer kan jeg ikke gjøre. Vi er nødt til å gå derfra, at jeg sa unnskyld, og framover. Og der sliter dem mer.

Felles for begge disse informantene er en opplevelse av at familiemedlemmene ikke forstår eller vil forstå informantenes forhold til rusmidler, i dette tilfellet alkohol. Dette speiler informantenes vektlegging av at de kommunalt ansatte må møte rusproblematikk med forståelse, og ikke fordømmelse, så vel som utfordringene det å tilhøre en omdiskutert og ofte

stigmatisert samfunnsgruppe kan føre med seg. Samme tematikk illustreres i det følgende sitatet, som også viser at mangel på forståelse kunne være et problem også i de tilfellene hvor pårørende hadde vært aktivt inne i prosessen.

Kvinne, 65: [Barna mine] var jo veldig involvert i den tiden jeg var veldig syk. Og jeg er veldig takknemlig for det, altså. Men jeg føler jo kanskje at de ikke helt ... skjønner situasjonen. De er redde.

Senere i intervjuet fortalte kvinnen at hennes eget syn på alkoholisme hadde forandret seg etter hun startet i behandling, på den måten at hun hadde fått en økt forståelse for at alkoholisme er en sykdom individet ikke nødvendigvis har kontroll over selv. Erfaringene hennes peker på at det kommunale tjenestetilbudet også har et potensiale for å endre oppfatningen av mennesker med rusproblemer, og at et slikt holdningsendrende arbeid (enten det er rettet mot de pårørende spesifikt eller samfunnet som helhet) kan forbedre brukernes livssituasjon.

Rusmiddelavhengighet rammer ikke bare den enkelte, men påvirker også barn, livspartnere og andre pårørende (Birkeland m.fl., 2018). Forholdet mellom bruker, pårørende og hjelpeapparatet er derfor kompleks og ofte utfordrende, og krever at man balanserer mellom å ivareta både brukerens og den pårørendes behov. I fjorårets kvalitative rapport kom det fram at familie, venner eller andre pårørende også kunne ha en negativ påvirkning på rusbehandling og -mestring. Å ha en familie eller vennekrets hvor andre ruser seg kan gjøre den enkelte mer sårbar for tilbakefall, og føre til at man må velge mellom å holde seg nykter eller å ha kontakt med gamle sosiale nettverk (Korus Midt, 2018). Også noen av informantene som ble intervjuet til denne brukerundersøkelsen fortalte at de hadde kuttet kontakten med venner av denne årsaken:

Mann, 68: Jeg har hatt veldig mange kamerater, men hvis de samles så er det som regel i forbindelse med alkohol. Og jeg er alkoholiker. Stort sett tørrlagt, jeg har mine sprekker, men jeg prøver å unngå dem.

Mann, 71: Det er jo vanskelig å komme inn i noe annet når en er vant til å leve blant andre som har et rusproblem.

Kvinne, 66: Du ser jo hvilket miljø jeg føler meg hjemme i. Det er ikke vanskelig å skjønne,

jeg føler meg hjemme i rusmiljøet. Enda det er så lenge siden jeg har brukt rus.

Å skape nye relasjoner som ikke kretser rundt rus er sentralt for disse informantene, samtidig som muligheten til å få til dette i praksis kan begrenses av både alder og helseutfordringer. En del informanter deltok på ulike aktiviteter, eller hadde faste møteplasser hvor de dro for å treffe andre (f.eks kommunale dagsentre eller Anonyme Alkoholikere (AA)). Disse felleskapene fungerte som kilder til mening og motivasjon, særlig for dem som ellers ikke hadde et sterkt sosialt nettverk rundt seg. Dette viser betydningen av felles arenaer og møteplasser, samtidig som at det også må tas hensyn til at helseutfordringer ofte vil påvirke eldre brukeres muligheter for deltagelse og mobilitet.

4.3.2 Boligforhold

En annen viktig kilde til sosialt felleskap og trygghet er lokalmiljøet der man bor. Betydningen av å ha en fast bolig i et trygt miljø ble trukket fram som viktig av mange informanter.:

Mann, 66: Første gang jeg følte meg ordentlig som menneske, altså. Jeg og kona mi, første gang vi hadde en leilighet [...] Å bo i leilighet, ikke sant, oi! Det med å bo, det med å ha din egen leilighet, det betyr alt her i verden.

Mann, 68: Og det er jo det viktigste, at du har et tak over hodet og ei nøkkel til ei dør. Du kan ikke gjøre en ting uten det, altså.

Som nevnt tidligere i rapporten var det flere av informantene som bodde i kommunal bolig på tidspunktet da undersøkelsen ble gjennomført. Mange hadde også enten bodd eller fått tilbud om å bo i kommunale boliger tidligere. Disse informantene hadde blandede erfaringer med å bo i kommunalbolig.

Mann, 66: Jeg har kjempebra bolig. Og jeg hører ikke naboene, for det er veldig tett. Og det er hyggelige naboer, jeg har hilst på begge to [...] Og så nytt kjøkken, fikk jeg. Nytt bad.

Mann, 71: Jeg har vel ikke vært så mye på jakt gjennom kommunen etter en bolig, jeg har bare av og til snakka litt og spurt litt [...] Jeg kjenner noen folk som jeg har hatt litt av

dette med, men det har vært både og.

Mann, 72: Sånne plasser, det hadde ikke gått for meg, altså.

INTERVJUER: Hvorfor ikke?

Nei, altså, hvis du da..altså du kan få deg en egen hybel og alt det der. Å ha folk som går både på alkohol og annen rus som kommer og banker på døra der, det er ikke noe medisin for meg, altså [...] Det må jeg jo bare erkjenne, at der er jeg så svak at det hadde jeg ikke greid. Selv om du hadde kommet med kofferten og hvor standhaftig du hadde vært der og da, når du har gått over dørstokken. Men hvis du til daglig hører banking på døra og ...

Mann, 66: For å komme vekk fra narkogreiene, så kan du ikke bo i en oppgang med 50 narkomane.

Som de siste sitatene antyder, kan et belastet og ruspreget bomiljø bidra til å forsterke den enkeltes individuelle problemer, og gjøre det vanskeligere å for eksempel komme seg ut av rusavhengighet. En kvinnelig informant som ikke ville la intervjuet sitt bli tatt opp, og som vi derfor ikke kan sitere direkte, fortalte at alkoholavhengigheten hennes hadde blitt verre etter at hun hadde blitt tildelt kommunalbolig i et område med mye rusproblemer. Samtidig har vi også sett at isolasjon og ensomhet også er et problem for mange av informantene. Det disse sitatene antyder er altså først og fremst betydningen av et positivt og aktiverende nærmiljø, spesielt for de som mangler et sterkt sosialt nettverk ellers.

4.3.3 Oppsummering

Generelt framstår familie, sosiale felleskap og nettverk som av stor betydning for den enkeltes livskvalitet og rusmestring. Å involvere pårørende i behandlingen kan være en kilde til både praktisk og emosjonell støtte, og gjøre det lettere å navigere i det som iblant kan oppfattes som et komplisert eller utfordrende tjenesteapparat. Samtidig kan sosiale relasjoner også være problematiske. I analysen har vi identifisert tre potensielt problematiske punkter: Situasjoner hvor pårørende tar på seg for mye ansvar, og derfor avlaster det kommunale tjenesteapparatet på uhensiktsmessige måter; situasjoner hvor brukeren erfarer at de pårørende ikke forstår deres forhold til rus; og situasjoner hvor sosiale relasjoner kan forsterke brukernes rusproblemer.

Analysen viser derfor at det er viktig at de kommunalt ansatte er bevisste på og jobber aktivt med brukernes nettverk og sosiale relasjoner. For tjenesteapparatet er det også viktig å huske på at ikke alle har pårørende rundt seg, og at ikke alle pårørende ønsker eller har mulighet til å ta en aktiv rolle. Selv om det å involvere pårørende i oppfølgingen kan ha en positiv effekt, er det derfor viktig å sikre at dette ikke blir en forutsetning for et godt tilbud. Det er også viktig å være bevisst på at pårørende har egne behov som skal iveretas, og at det derfor er et potensiale for konflikter mellom brukerens og de pårørendes interesser.

4.4 Oversikt, innsyn og brukervedvirkning

Som tidligere nevnt er det et hovedmål i Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) å sikre at brukerne har innflytelse gjennom valg av behandling, brukerstyrte løsninger og utforming av tjenestetilbudet. En sentral forutsetning for at dette skal lykkes er at informasjon om tjenestetilbudet og muligheter for medvirkning gjøres tilgjengelig for brukerne. Med medvirkning forstår vi muligheten til å påvirke sin egen hverdag på en meningsfull måte, og til å ha muligheten til å velge den type oppfølging og tilbud som passer best for en selv. Brukerorganisasjoner og brukerombud kan bistå når brukerne ikke får den hjelpen de trenger eller har negative erfaringer med det kommunale tjenesteapparatet, og kjennskap til disse er derfor viktig for å sikre den enkeltes rettigheter og trygghet overfor hjelpeapparatet. I denne delen undersøker vi derfor oversikt, innsyn og brukervedvirkning med utgangspunkt i tre hovedtemaer: Informasjon, medvirkning og kjennskap til brukerorganisasjoner og brukerombud.

4.4.1 Informasjon

Et sentralt tema under intervjuene var om informantene var fornøyde med den informasjonen de hadde fått før og underveis i prosessen. For å sikre en god og informert brukervedvirkning er det essensielt at brukerne har god innsikt i de tjenestene som finnes tilgjengelig, og til hvilke instanser man skal henvende seg til i ulike situasjoner. Fra et demokratisk ståsted er det også viktig at brukerne kjenner til sine egne rettigheter og hva de har krav på i møte med institusjonene. De som har blitt intervjuet til denne undersøkelsen har generelt blandede erfaringer med graden av informasjon og innsikt, og mye tyder på at det finnes forbedringspotensiale på dette punktet. Et spesielt slående trekk ved datamaterialet er at få av brukere kjente til de kommunale tjenestene på forhånd. På spørsmål om hva de visste om de kommunale tjenestene før de fikk hjelp, svarer en rekke informanter at de visste lite eller ingenting:

Kvinne 73:

INTERVJUER: Hva visste du om kommunens tjenester før du fikk hjelp?

Jeg visste vel egentlig ingenting.

Kvinne, 66:

INTERVJUER: Hva visste du om kommunens tjenester før du fikk hjelp, da?

Ingenting.

Mann, 80: Jeg hadde ikke peiling på at det var så mye hjelp å få.

Mann, 69:

INTERVJUER: Hva visste du om kommunens tjenester før du fikk hjelp?

Ingenting [LER]. Eller svært lite. Og jeg vet ikke så mye nå heller.

En av de få informantene som forteller at hun hadde god kjennskap til kommunens tjenester på forhånd oppgir også at det var fordi hun «kjente mange sosionomer», noe som tyder på at hennes opplevelse ikke er typisk for gruppa som helhet. Selv om noen uttaler at de skulle ønske de hadde blitt informert bedre om de tilbudene som finnes tilgjengelige, er det mange som framholder at de ble tatt godt tatt i mot og informert da de først kom inn i hjelpeapparatet, og at de derfor ikke opplevde mangelen på informasjon som problematisk i seg selv. Mange rapporterer for eksempel at de har fått lite informasjon om rettighetene sine, men at de likevel føler seg trygge på at de vil bli hørt dersom de trenger noe.

Kvinne, 73. Jeg vet ikke om informasjonen er noe spesielt bra. Men det går an å ringe, og man blir mottatt høflig når man har ringt.

Mann, 76: Jeg vet jo hva jeg har krav på. Det gjør jeg. Så jeg sier fra hvis det noe er galt.

Dette bildet kompliseres imidlertid av at mange brukere rapporterer om en generelt utfordrende inngang inn i rusbehandling, et tema som dekkes i neste delkapittel. Videre oppgir flere informanter at de ikke vet eller er usikre på hva de har blitt informert om, når og på hvilken måte, og at det også kan være strevsomt å sette seg inn i informasjonen de har blitt gitt.

Mann, 67: Det er jo opp og ned, da. Noen er liksom veldig flinke der, da. Og så er det noen som ikke sier noen ting, da. Ikke hva du har krav på, og ...

Kvinne, 66:

INTERVJUER: Hva synes du om informasjonen kommunen har gitt deg om rettighetene dine?

Har ikke hørt noen rettigheter, jeg (ler). Nei, du får ikke noen sånn informasjon [...] Da må du begynne å lete etter skjemaer her og der, og begynne å gå rundt og se om du finner noe, kanskje. Men det har jeg verken krefter eller kapasitet til.

Som det kommer fram i dette sitatet handler det ikke bare om informasjonen er tilgjengelig eller ikke, men også at det kreves tid og ressurser for å sette seg inn i informasjonen man får. En informant forteller for eksempel at han skulle ønske seg mer informasjon om det som fantes tilgjengelig, og noen som kunne hjelpe ham å stille de riktige spørsmålene.

Mann, 71: Hva slags hjelp det er i tilbudet, det må de komme mer i møte med. Jeg føler at det er vanskelig for den som er søkende å klare å komme med spørsmål. Det er dette som er vanskelig. Derfor trenger man gjerne å ha en person med seg når man skal til legen.

Noen informanter opplever også at offisielle dokumenter er skrevet på en slik måte at det er vanskelig å forstå hva som er innholdet i dem.

Mann, 68: På generell basis kan jeg si det at kommunikasjon, altså å opplyse folk om tjenester og ting som de kan få hjelp til på et språk som er lettfattelig selv for en 68 år gammel pensjonist ... Det hadde vært jævlig bra om de fikk til. For det er som jeg har oppdaget etterhvert, at det er jo så mange ting jeg overhodet ikke har ant [...] Å sette seg inn i alt dette her, det er ikke sjans, ikke for en normal mann [...] Jeg skulle ønske det var mer informasjon på et forståelig språk.

Mann, 69: Jeg skjønner byråkratisk språk. Så det er ikke noe problem for meg, det. Men jeg synes det er latterlig mye av de her formuleringene, for å si det sånn [...] Jeg skjønner godt at gamle folk ikke skjønner det.

Når det kommer til informasjon underveis i prosessen, er erfaringene også delt. En del informanter oppgir at de har fått god informasjon etter de først har kommet inn i

tjenestetilbudet, og at de har hatt muligheten til å ta informerte valg i prosessen.

Mann, 77

[Informasjonen jeg fikk var] meget god. Meget god. Korrekt og alt ting. Ikke noe stress, jeg fikk tenke meg godt om før jeg sa og gjorde noe. Jeg oppfatta det veldig positivt.

Kvinne, 65: Etterpå har jeg blitt informert hele tiden, synes jeg. Men jeg visste ingenting om dette på forhånd.

Andre oppgir imidlertid at de har liten oversikt over de tilbudene som finnes tilgjengelige.

Mann, 72: Jeg kunne jo selvfølgelig godt ha tenkt meg å få litt mer informasjon om de plassene som er tilgjengelige for oss i denne alderen og slikt. Det kan jo hende at kommunen har andre plasser hvor en kanskje kan trives bedre enn jeg gjør på [dagsenter].

Generelt oppgir de fleste at de har fått mer muntlig enn skriftlig informasjon, og i mange tilfeller har informasjonen også først og fremst gått gjennom én person i hjelpeapparatet, som gjerne også har tatt på seg en koordinerende og forklarende rolle i prosessen (se også kapittel 4.2.1 om viktige enkeltrelasjoner). Dette kan være med på å bygge sterke enkeltrelasjoner, men kan også gjøre sårbare de brukerne som av ulike grunner ikke har et tett forhold til en enkelt behandler. Som nevnt i forrige del oppgir noen informanter også at det ofte har vært pårørende (gjærne voksne barn) som har tatt jobben med å samle inn, sette seg inn i og videreformidle informasjon fra kommunale og andre offentlige instanser, noe som kan slå skjevt ut for brukere uten et sterkt sosialt nettverk rundt seg.

4.4.2 Medvirkning

Det er en sentral målsetning i helse- og omsorgspolitikken å sikre brukere muligheter til medbestemmelse og medvirkning. De siste tiårene har målet om brukerinnflytelse blitt gitt stadig større prioritet i norsk velferdspolitik, ut fra en forståelse om at forskjellige individer har ulike behov og forutsetninger i møte med helse- og omsorgstjenestene. Å «sikre reell brukerinnflytelse, flere brukerstyrte løsninger og sterkere medvirkning ved utforming av tjenestetilbudet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015-2016, s. 6) er også det første av de fem hovedmålene i *Opptrappingsplanen for rusfeltet*. Det er derfor viktig å ha kunnskap om

hvorvidt brukerne selv opplever at de har reelle muligheter til å påvirke sitt eget tjenestetilbud, og hva som kan gjøres for å styrke brukernes innflytelse.

I de kvalitative dybdeintervjuene med brukere over 65 år kommer det fram svært forskjellige erfaringer med brukermedvirkning og medbestemmelse. Der noen opplever at medbestemmelsen deres er godt ivaretatt, har andre langt mer ambivalente og negative erfaringer. Som de følgende sitatene viser, har mange følelsen av å ha blitt «hørt» i systemet, og at deres behov, ønsker og interesser har blitt tatt hensyn til:

Mann, 80: Jeg synes [medbestemmelsen] ivaretas veldig bra, jeg. Fordi hvis jeg sier noe, eller spør om noe, så får jeg svar.

Mann, 77: Jeg ble spurt hva jeg ville, hele tiden. Jeg fikk jo valget. Det var ingen som tok valget fra meg. Nei, jeg oppfatta det veldig positivt.

Kvinne, 73: At meningene mine blir vektlagt ... Ja jeg har ikke opplevd noe annet egentlig. Det er vel ikke så mange tilfeller at det skjer. Men i hvert fall så tror jeg det har vært OK de gangene det har vært behov for det.

Mann, 69: De kjenner meg så godt nå at de vet at det nytter ikke å diskutere med meg når det gjelder hva jeg vil ha og ikke ha. Jeg kjenner hjemmesykepleien så godt, og hva jeg har krav på, så jeg sier fra.

Som det siste sitatet antyder, kan den enkeltes mulighet til å påvirke sin egen oppfølging i praksis være betinget av at brukeren har et langvarig forhold til de kommunalt ansatte, kunnskap om hvilke krav som kan og ikke kan stilles, og de personlige egenskapene (i dette tilfellet en viss ståpåvilje) som kreves for å komme gjennom med sine ønsker og behov. Andre informanter opplever at de står fritt til å velge mellom ulike behandlingstilbud, men at de i liten grad kan påvirke innholdet i de tjenestene de mottar:

Kvinne, 65:

INTERVJUER: Opplever du at du har mye påvirkning på hva slags hjelp du skal få?

Nei. De forteller om de mulighetene vi har, men det er opp til oss selv om det er noe for

OSS.

Noen svarer også at de er usikre på hvor mye medbestemmelse de har, av den grunn at de foreløpig ikke har hatt behov for å komme med noen spesielle krav eller ønsker. Samtidig er det en ikke ubetydelig andel informanter som opplever at de har lav eller ingen grad av medbestemmelse, ofte med det resultatet at de har gitt opp å forsøke å påvirke tjenestene.

Mann, 76: Jeg føler at jeg kanskje er med, men jeg blir jo litt dirigert av i hvert fall [primærkontakten min].

Kvinne, 66: Det er mange ganger jeg har følt at jeg ikke har noe jeg skulle ha sagt, egentlig. Det var en lang periode hvor jeg ga blaffen i å si min mening, for jeg visste at det ble som de ville likevel. Og det gjør jeg jo i dag også, egentlig.

Mann, 69: [Å gi forslag] har jeg prøvd mange ganger, men det er som å snakke til veggen.

Kvinne, 66: Hvis vi kommer med noe litt større, så er det akkurat som at de hører veldig godt på deg, før de går fra deg og begynner med sitt igjen. Og da er det akkurat som om at de er ferdige med det, liksom. For da ... Det går ikke det de har kommet med der, det går ikke likevel, så dette her stikker vi i kroken og glemmer. Det er mye av det, altså. For hun eller han er jo rusmisbruker, så man kan ikke ta den personen så alvorlig.

Mann, 69: Jeg har jo en følelse av å aldri bli trodd. Liksom at det blir skjøvet til side ... Liksom, det du sier, det har ingen betydning, har ikke noen mening, det er vi som sitter og bestemmer. Det gjelder også kommunalt ansatte.

En av kvinnene som ble intervjuet hadde en ansvarsgruppe rundt seg bestående av hennes fastlege, en fra et FACT-team, en fra hjemmesykepleien og en psykolog. Under intervjuet fortalte hun at hun iblant hadde følelsen av at de ansatte på ansvarsgruppen ikke lyttet til meningene hennes, og at de derfor endte opp med å ta avgjørelser over hodet hennes.

Kvinne, 66: Da sitter jeg og føler at de synes jeg er dum. Og at jeg sier mye dumt [...] De blir liksom litt tause, og så merker jeg på dem begynner å rote i papirene sine, og ... Ja.. jeg føler at de synes det var veldig dumt det jeg sa der. Så ja, det har jeg følt mange ganger.

Og ikke bare på ansvarsgruppemøter. Jeg har følt det mange ganger ellers at en blir tatt som dum, at fordi du er rusmisbruker, så er du dum. Det er akkurat som de tror at hjernecellene forsvinner, og at tenkeapparatet ditt er der ikke mer.

I disse utdragene kommer det fram en erfaring av å føle seg stigmatisert og underlegen som rusmiddelavhengig. Sitatene illustrerer også et skille mellom brukermedvirkning på individ- og systemnivå, hvor det førstnevnte viser til muligheten til å påvirke praktiske ting i hverdagen, mens det andre handler om evnen til å påvirke større og mer systemiske aspekter ved hvordan helse- og omsorgstilbudet organiseres og tilbys.

Kvinne, 66: Mitt inntrykk er at folket på gulvet er veldig hjelpsomme, veldig kunnskapsrike, men jeg føler at man stanger hodet mot veggen når man kommer til dem som sitter et nivå over [...] Da føler jeg mer at du er bare et nummer i rekka.

Mann, 76: Politikere og de som bestemmer må snakke med det de gjelder. De vet best hva slags hjelp som må til.

Mann, 69: Det er jo samfunnet det er noe feil med, ikke de menneskene. Ikke sosionomene som arbeider på gateplan. Ikke legene som sitter rundt omkring her og sliter. Det er ikke dem det er noe galt med, men det er selve systemet. Vi må ta tak i de som sitter og styrer landet.

I disse og andre sitater trekker informantene en grense mellom de kommunalt ansatte som «jobbet på gulvet» på den ene siden, og «sjefer», «politikere» og andre lenger opp i systemet på den andre. Slike utsagn tyder på en avstand mellom hvordan brukerne opplever den makten de har i konkrete interaksjoner med kommunalt ansatte, og den mer generaliserte opplevelsen de har av å kunne påvirke sin egen hverdag på en meningsfull måte.

4.4.3 Kjennskap til brukerorganisasjoner og brukerombud

I loven om pasient- og brukerrettigheter er det bestemt at det skal opprettes fylkesvise pasient- og brukerombud som skal ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den statlige spesialisthelsetjenesten. Intervjuguiden for undersøkelsen inneholdt et spørsmål om brukeren hadde kjennskap til

brukerorganisasjoner eller brukerombud i sin bostedskommune. Generelt var det svært få som visste at noe slikt fantes, og enda færre som hadde kunnskap innhold og formål med disse. Kun to av informantene visste at det fantes brukerorganisasjoner og brukerombud i sin kommune, mens en annen "regnet med" at det fantes.

Denne manglende kunnskapen kan i ytterste konsekvens utfordre brukernes rettsikkerhet, fordi det er til brukerombudet de skal henvende seg dersom de trenger rådgivning eller vil klage. Mangelen på kunnskap om slike instanser, og om de formelle rettighetene man har som bruker mer generelt, kan muligens bidra til å forklare følelsen av maktesløshet som mange brukere føler overfor systemet. Samtidig som det er viktig å presisere at store deler av utvalget følte at behovene deres hadde blitt godt ivaretatt i møte med de kommunale tjenestene, ser dette ut til å være et punkt med forbedringspotensiale.

4.4.4 Oppsummering

Samlet sett har utvalget varierende erfaringer med oversikt, innsyn og medvirkning. Samtidig som de færreste oppgir at de hadde kjennskap til det kommunale tjenesteapparatet før de søkte hjelp, er utvalget generelt fornøyd med informasjonen de har fått underveis i selve behandlingsprosessen. Likevel er det et slående resultat i datamaterialet at mange er usikre på hva slags informasjon de har fått, og hvordan denne informasjonen har blitt overlevert. Noen intervjudeltakere oppgir også at den skriftlige informasjonen er skrevet på en vanskelig tilgjengelig måte, og at de har vært nødt til å få hjelp fra pårørende eller personer i hjelpeapparatet for å forstå innholdet i dokumentene. Dette kan slå negativt ut for de som ikke har et sterkt sosialt nettverk rundt seg, og bidra til å skape forskjeller mellom brukere av de kommunale tjenestene. Resultatene viser også delte erfaringer når det kommer til brukermedvirkning. Brukerne som er intervjuet i denne undersøkelsen har mer erfaring med å kunne påvirke praktiske ting i hverdagen, enn med å kunne påvirke hvordan systemet er organisert på et mer overordnet nivå. Andre forteller også at de opplever å ikke bli trodd og tatt på alvor, og at de har gitt opp å forsøke å gi tilbakemeldinger. Svært få kjenner også til brukerorganisasjoner og brukerombud, noe som kan bidra følelsen av maktesløshet en del av brukerne forteller om.

4.5 Overganger og samarbeid

Eldre mennesker med rusmiddelproblemer benytter seg ofte av tjenester i både spesialisthelsetjenesten og i kommunen, og har gjerne langvarige velferdskarrierer i en rekke ulike offentlige instanser bak seg. Hvordan samarbeidet mellom disse institusjonene er organisert blir derfor av avgjørende betydning for hvordan brukerne opplever de tjenestene de mottar. I denne delen utforskes brukernes opplevelse av kontinuitet og koordinering med utgangspunkt i tre hovedtemaer: Brukernes inngang inn i rusbehandling, oppfølging i tiden etterpå, og opplevelsen av samarbeid mellom aktører i helse- og omsorgstjenestene.

4.5.1 Trøblete innganger

Datamaterialet fra de kvalitative dybdeintervjuene viser at det er en rekke ulike veier inn i det å få hjelp av de kommunale tjenestene eller spesialisthelsetjenesten. Mens noen søkte hjelp på eget initiativ eller på oppfordring fra pårørende, var det også en andel av informantene som ble innlagt etter en akutt episode. De følgende sitatene er eksempler på noen typiske innganger:

Kvinne, 73: Jeg skjønnte at jeg ikke klarte å slutte å drikke ... som jeg sa til fastlegen min, jeg må ha hjelp.

Mann, 69: Da var jeg så langt nede når det gjaldt alkohol at jeg ... jeg hadde gitt opp hele livet. Så jeg begynte å ringe legevakta og greier og ... de kom jo her flere ganger, og... Så det var jo legevakten psykisk tjeneste i [KOMMUNE] som satte i gang hele apparatet. Som skjønnte at jeg trengte hjelp.

Kvinne, 65: Da de spurte hvor mye jeg hadde drukket, da hadde jeg drukket to flasker med vodka [...] Så det første jeg kommer på der nede, er en lege som står over meg og forteller at jeg var fem timer fra å dø. Da skjønnte jeg at dette her var alvor.

Flere av informantene forteller om det som kan beskrives som en vanskelig inngang inn i rusbehandling. Som de neste sitatene illustrerer, har disse brukerne til felles en følelse av usikkerhet og forvirring i starten av behandlingsprosessen, og en erfaring av å måtte kjempe for å komme inn i systemet.

Kvinne, 65: Det var jo den slåsskampen jeg var nødt til å ha, for i det hele tatt å få behandling [...] Det var liksom ingen som ville ha meg. Da jeg hadde snakket med de som jobber med rus, nå kommer jeg ikke på hva den seksjonen heter, sa hun at det ikke var snakk om å søke om plass til meg på [STED]. Og det var ikke plass til meg i [BY]. Så jeg skulle få dagtilbud. Da sa jeg at det går ikke. Hvis jeg får dagtilbud nå, så dør jeg [...] Da sa hun dama at det ikke fantes noe tilbud for meg. Så sa jeg at det er dere nødt til å finne. Det sa sønnen min også. Dere må finne et tilbud, hvis ikke dør hun. Det går ikke å sende henne hjem.

Mann, 71: Hvis du går alene, og bare går inn til legen og får deg noen medisiner og tabletter og sønn, og ut igjen og hjem igjen til deg selv, så er du utenfor dette systemet. Ja. Og da er det vanskelig å få hjelp [...] Det blir til at man går den tunge veien, på en måte.

Kvinne, 66: Vi bestemte oss for at nå skulle vi prøve å søke om å få hjelp, for nå ville vi ikke mer med dette livet. Så vi gikk rundt hele [KOMMUNENAVN], og dette er noen år siden nå, da. Og på alle sykehus og alt, og spurte finnes det noen hjelp for oss til å få slutte med heroin. «Dere må prøve der», fikk vi beskjed om. Kom til neste sted, «ja, prøv der», «og der». Etterpå fikk vi beskjed om, at nei, det er veldig vanskelig, det finnes ikke noen som tar imot i det hele tatt. Så det ... det er helt håpløst. Vi måtte gi opp. Og da ble det oppdaget at han hadde kreft ... Da ble han jo syk, så da ... Ja, nok om det. Jeg fikk ikke hjelp den første tiden. Han møtte død før jeg fikk hjelp. Jeg fikk hjelp da han døde, like etterpå. Ei uke etter, så kom hjelpen på døren.

Disse historiene illustrerer en rekke temaer. Først og fremst illustrerer utdragene en opplevelse av å møte et behandlingsapparat som ikke samsvarer med deres egne behov, som illustrert av den første kvinnens erfaring av det ikke «fantes plass» til henne. Noen informanter forteller om at de følte seg som en kasteball i systemet, og at de ble henvist fram og tilbake mellom ulike instanser før de omsider fant et passende tilbud. Det første møtet med det offentlige beskrives dermed som forvirrende og fremmedgjørende, noe som kan skape en høyere terskel for å søke hjelp. Et annet slående trekk ved informantenes fortellinger er betydningen av å ha en pårørende i prosessen. Mens de to kvinnene hadde partnere og barn rundt seg som enten hjalp dem eller var sammen med dem i prosessen, forteller mannen om en følelse av å måtte gå «den tunge veien» på egen hånd. I det følgende forteller den samme informanten om betydningen av å bli sett når man har det vanskelig.

Mann, 71: Vi er vel slik vi mennesker at vi vil nødig be om for mye så lenge vi føler at vi kan klare å overleve sånn noenlunde selv. Men blir en syk, så kryper man kanskje litt inn i sitt eget og ikke viser seg så veldig mye offentlig. Det er omtrent som med katter, når de blir litt skadet så trekker de seg litt vekk [...] Du må kunne benytte deg av de som er i nærmiljøet eller andre til å hjelpe deg, til å si fra at «her er jeg, og jeg trenger hjelp».

Samlet sett illustrerer datamaterialet både nødvendigheten av å kunne fange opp mennesker med rusproblemer eller andre utfordringer, og viktigheten av at tjenestene framstår som oversiktlige, tilgjengelige og imøtekommende i starten av prosessen. Det bør presiseres her at alle som er intervjuet i undersøkelsen mottar kommunale tjenester, og at de som av ulike grunner ikke har blitt tilbudt eller ønsker å motta tjenester ikke er inkludert i utvalget. Det er derfor mulig at vanskelige innganger er et større problem enn det analysen tilsier.

4.5.2 Samarbeid

Samarbeid mellom ulike tjenester er en viktig forutsetning for å sikre at brukernes behov blir møtt. Med samarbeid forstår vi samarbeidet mellom de kommunale tjenestene og spesialisthelsetjenesten, men også mellom ulike kommunale tjenester (f.eks fastlege, hjemmesykepleie og NAV) eller mellom ansatte i samme tjeneste. Helhetsinntrykket er i likhet med forrige rapport (Korus Midt, 2018, delrapport 2) at brukerne har varierende opplevelser av hvor godt samarbeidet mellom tjenestene de mottar fungerer. For mange er fastlegen eller en annen sentral kontaktperson i tjenestene et viktig bindeledd som sikrer kontinuitet og koordinering i oppfølgingen. Et interessant trekk ved datamaterialet er at informantene ser ut til å være mest fornøyd med samarbeidet når det ikke legges merke til. I intervjuene var det et fellestrekk at de informantene som var godt fornøyde med samarbeidet ofte ikke hadde gjort seg opp noen bevisste tanker om det, og at de kun reflekterte over temaet fordi spørsmålet var blitt stilt.

Andre har mer negative erfaringer. Den følgende brukeren forteller for eksempel at han opplevde at de ansatte på sykehjemmet hans jobbet tregt og ukoordinert, noe som gjorde at han hadde vanskelig for å nå gjennom med ønskene sine.

Mann, 70: Det er så tregt her, manjana, manjana, i morgen i morgen, til alt da. Og snakk

med den og [saksbehandleren] min, snakk med [annen ansatt]. Og så kommer hun ikke på arbeid, og så blir det utsatt, så har jeg glemt det, eller de har glemt det. Da renner det bare ut i vannet.

En annen informant forteller om samarbeidsproblemer i NAV, og at han ofte opplever systemet som uoversiktlig og rotete. Noen brukere forteller også om dårlig samarbeid mellom ulike tjenester, med det resultat at ting roter seg til, blir vanskeligere enn nødvendig eller ikke blir gjennomført.

Mann, 66: Den kommunale instansen her prater jo ikke med den kommunale instansen. Den feier jo bare den til side. Så det vi har gjort, da, det blir bare feid til side på et vedtak, det. Uten at de vet hvorfor.

Mann, 67: Noen sier det, og noen sier det, og da blir det litt surkål.

Kvinne, 65: Jeg tror ikke det er noe samarbeid i det hele tatt. Den ene sier at jeg må ta det opp når jeg kommer på [SENTER], og den andre sier jeg skal ta det opp når jeg kommer på behandling på [STED] [...] For meg er det ikke noe problem, for jeg prater jo like godt på begge avdelingene.

Det siste sitatet antyder at erfaringen av samarbeid og koordinasjon er avhengig av brukerens egne ressurser. Om man er en person som «prater godt for seg» og er pro-aktiv i møte med tjenestene, vil eventuelle samarbeidsproblemer virke mindre problematisk enn om man mangler ressurser eller har et mer problematisk forhold til det offentlige.

En viktig fasett i samarbeidet er å sikre god flyt av informasjon mellom de ulike tjenestene, slik at brukeren slipper å starte på nytt for hver institusjonelle interaksjon.

Mann, 69: Det var han fra psykisk helse som ..som hjalp til med det, som satte i gang det. Og da var NAV innblandet, og Blå Kors, fastlege og hjemmesykepleien. Og da var det møte minimum en gang hvert halvår [...] Innad i den gruppa hadde jeg frasagt meg, kan du si, taushetsplikten. Den hadde jeg opphevet sånn at alle visste hva de gjorde og hva som skjedde angående meg innad i gruppa. Og det var helt suverent, for da visste alle om hverandre. Hvis det var laget noen forandringer så fikk de andre beskjed.

Samtidig som at deling av informasjon mellom de ansatte gjerne tenkes som nødvendig for å sikre godt samarbeid, kan dette også oppleves som ubehagelig for brukeren selv:

Kvinne, 66: Det kan jeg si, det er en ting jeg er imot når det gjelder [behandling], sånn er det kanskje på LAR også, det vet jeg ikke. Men det er det at hvis jeg sier noe til noen her, til noen ansatte, så forteller de det til de andre ansatte morgenen etter, liksom. Det går videre med en gang. Og dermed så mister du fortroligheten til den du prater med [...] Det har jeg ikke likt i det hele tatt disse årene, at de går videre med absolutt alt, liksom. Småting og store ting, og ... Det skal videre til alle ansatte. Og det ... det er jeg ikke noe glad i.

[...]

INTERVJUER: Føler du at de ansatte i kommunen forstår din situasjon?

Jeg tror ikke det. De vet ikke alt [...] Jeg synes ikke de trenger å vite hvordan jeg hadde det da jeg vokste opp og hvordan jeg. ... Det får jeg behandling for av psykologen, og hjelp med av psykologen. Og det greier seg.

Utdraget fra dette intervjuet viser at informasjonsdeling for kan oppfattes som inngripende, og som negativt for tilliten til de ansatte. Dette gjelder nok særlig i tilfeller hvor det ikke er tydelig avklart hva slags informasjon som deles og hvorfor, slik at det gis inntrykk av at de ansatte på en uformell måte sprer rykter og historier mellom seg. Det er også viktig å respektere den enkeltes rett til privatliv, og å være bevisst på at ikke alle nødvendigvis ønsker å ha en nær og personlig relasjon med de ansatte i tjenestene.

4.6 Takknemlighet og udekte behov

Denne rapporten har som et hovedformål å finne punkter hvor den kommunale oppfølgingen av eldre mennesker med rusproblemer kan forbedres. Dette har preget analysen og framstillingen av resultatene, i den forstand at begge til dels har fokusert på vanskelige erfaringer, problematiske relasjoner og udekte behov. Som vi tidligere har vært inne på kan det være at slike negative opplevelser er lettere å legge merke til og artikulere enn positive og nøytrale erfaringer, på en slik måte at de offentlige tjenestene kan sies å bli «usynlige» når de fungerer som de skal. For å gi et balansert bilde av datamaterialet er det imidlertid viktig å også få fram brukernes positive erfaringer, noe vi vil gjøre i dette kapitlet.

Helhetsinntrykket fra datamaterialet er at mange informanter er fornøyde med de kommunale tjenestene de mottar eller har mottatt. Mange uttrykker takknemlighet overfor tjenestene, og noen beskriver den hjelpen de har mottatt som livsviktig. De følgende sitatene illustrerer denne takknemligheten:

Kvinne, 65: Jeg bruker selv å si at jeg tror jeg er heldig. En solskinnshistorie, pleier jeg å si. Når det først går ille, så har tiden etterpå gått veldig bra.

Mann, 68:

INTERVJUER: Blir du møtt med respekt?

Til de grader [...] Jeg knakk jo fullstendig sammen ... Som mann ... Da reiste en dame som satt foran meg seg opp og sa "kom igjen [NAVN PÅ INFORMANT], vi skal klare dette her". Når jeg er helt knust. Det kaller jeg respekt, kan ikke bli større respekt enn det ...

Mann, 68:

[Tilbudet] har berga livet mitt, tenker jeg. Rett og slett.

Kvinne, 73:

«Jeg må si at jeg bare har blitt møtt med velvilje både på sykehuset og i de kommunale tjenestene.»

Mann, 77: Jeg må si at jeg er veldig godt fornøyd, altså. Det er helt utrolig hva kommunen

her gjør [...] Jeg synes det er helt fantastisk. Først har jeg gjennom fått leiligheten. Så hadde jeg kontakt med [eldrepsykolog], på grunn av sykehuset og sånt. Så har jeg fått hjelp etter jeg ramla. Fikk meg på plass og alting. Så kom hjemmetjenestene, trygghetsalarmen ...

Kvinne, 69: Jeg synes ikke det er noe å klage på. Jeg synes jeg har fått den oppfølgingen jeg har forlangt og bedt om, jeg. Jeg synes ikke jeg har fått noen avslag, eller noe ... Nei. Jeg kan ikke komme på noe som jeg ikke er fornøyd med.

Mann, 80: Jeg hadde ikke peiling på at det var såpass mye hjelp å få. Som det jeg får. Og omtanke, og alt det der.

Samtidig som at mange altså må beskrives som generelt fornøyd med de kommunale tjenestene, finnes det også udekte behov. Disse er tema for det avsluttende kapittelet i resultatsdelen.

4.6.1 Udekte behov

Mot slutten av hvert intervju ble hver informant spurt om de skulle ønske noe var annerledes med de kommunale tjenestene, om de hadde noen behov som ikke ble møtt, og hvordan de ideelt sett ville at de kommunale tjenestene skulle ha vært. Som vi tidligere har vært inne på, ønsket mange brukere seg mer sosial oppfølging fra de kommunale tjenestene.

Mann, 77: Jeg savner jo egentlig noen å prate med. Kanskje diskutere litt, eller filosofere litt eller noe sånt. Det er det eneste jeg savner. Jeg er mye alene.

Mann, 76: Det savner jeg faktisk. At ... Det burde vært mer oppfølging fra de som ble skrevet ut fra sykehuset [informanten begynner å gråte] [...] Noen som kommer og prater med meg. Sånn som du [...] Kanskje i hvert fall en gang i måneden, at en av dere kommer her og prater med meg.

INTERVJUER: Hva ville det betydd for deg?

Veldig mye. Veldig mye. Å ha noen andre å prate med i stedet for nevøen eller niesen min.

Å ha noen utenfor, det synes jeg hadde vært veldig berikende.

Mann, 71: Det som jeg savner er jo ofte noen å dele både sorger og gleder med. Som nær sagt er litt sånn utenfor. For ungene mine, de har nok. Datteren min fikk tre jenter etter hun ble 35, så hun har nok med dem.

Som disse sitatene antyder, ønsker noen brukere en sosial oppfølging fra de kommunale tjenestene som kan avlaste eller utfylle kontakten de har med familie og pårørende. Et viktig poeng ser ut til å være at de får snakke med noen «utenfor», og som møter dem på en profesjonell, men empatisk måte. Noen ønsker også lettere tilgang til sosiale felleskap, for eksempel i form av møteplasser eller aktiviteter i kommunal regi:

Kvinne, 66: Jeg savner egentlig flere tilbud og steder å være [...] Nå blir jo kanskje dette stedet borte også, ikke sant. Det ligger jo på kanten. Så blir dette borte, da vet jeg katta hvor de skal gjøre av oss.

Andre informanter savner en fast kontaktperson i de kommunale tjenestene, som kan gi både praktisk og emosjonell støtte i hverdagen:

Mann, 71: Jeg kunne godt tenkt meg en fast som jeg kunne henvende meg til [...] Det jeg savner mest er jo når det kommer til sånne småting. Hjelp med data og den biten, med tilbudene som er og hva som kunne passet meg. Det er jo en del slike ting, som det ofte er vanskelig å komme gjennom selv.

Som vi har beskrevet tidligere i rapporten mottok mange av intervjudeltagerne oppfølging fra hjemmetjenesten, og mange hadde også innspill til hvordan denne tjenesten kunne fungere bedre:

Kvinne, 73: Jeg skulle ønske at hjemmetjenesten var mer presis. Når noen ikke dukker opp på jobb så må de andre trå til ...

Generelt understreker materialet betydningen av sosiale relasjoner og felleskap for å motvirke følelser av ensomhet, isolasjon, depresjon og utrygghet. I neste del sammenfatter vi resultatene fra undersøkelsen, og hvilke implikasjoner disse resultatene har for de kommunale helse- og

omsorgstjenestene.

5. Oppsummering

I denne delen oppsummerer vi de viktigste resultatene fra intervjuundersøkelsen av eldre brukere. Samlet sett viser analysen at brukerne har varierte og til dels motstridende erfaringer med de kommunale tjenestene. Å bygge sterke relasjoner, gjerne med én bestemt kommunal ansatt, framstår som viktig for å sikre trygghet og oversikt. Ensomhet og isolasjon er en vanlig problematikk i utvalget, og mange ønsker mer sosial oppfølging fra kommunen, hjelp til å komme ut av boligen eller åpne og tilgjengelige sosiale arenaer i nærmiljøet. Dette gjelder særlig de som mangler et sterkt sosialt nettverk rundt seg, eller som har tilhørt miljøer som har kretset rundt rus.

Den enkeltes egne ressurser framstår til dels som bestemmende for kvaliteten i oppfølgingen, noe som kan føre til ulikhet mellom ressursvake og ressurssterke brukere. Til tross for at mange følte de hadde medbestemmelse på praktiske ting i hverdagen, følte også mange seg maktesløse og desillusjonerte i møte med tjenestene på et mer overordnet nivå. Flere forteller at de er usikre på hva slags informasjon de har fått og i hvilken form, og svært få kjente til brukerorganisasjoner og brukerombud. Informantene hadde også varierende erfaringer med tilgjengelighet og samarbeid, og noen fortalte om en vanskelig inngang til de kommunale tjenestene og rusbehandling preget av forvirring og usikkerhet.

5.1 Hva må jobbes med?

Samtidig som det er viktig å understreke at mange generelt sett er fornøyde med de kommunale tjenestene, viser resultatene fra rapporten at det er nødvendig å arbeide med de følgende punktene:

- Motvirke isolasjon og ensomhet ved å bygge sterke relasjoner mellom bruker og ansatte, og ved å tilrettelegge for deltagelse i sosiale arenaer.
- Sikre kontinuitet og kvalitet i hjemmetjenesten, og arbeide for å redusere tidspress og høy utskiftning mellom de ansatte.

- Sikre at de ansatte møter brukerne med forståelse og ikke fordømmelse, også i forbindelse med rusproblematikk.
- Jobbe for å styrke den enkeltes medbestemmelse, og sørge for at informasjon blir gjort tilgjengelig i en form og på et språk som brukeren kan tilegne seg.
- Være bevisst på og jobbe aktivt med brukernes nettverk, sosiale relasjoner og ressurser, og motvirke sosiale skjevheter som oppstår ved at brukerens egne ressurser blir bestemmende for kvaliteten i oppfølgingen.
- Være bevisst på variasjoner i digital kompetanse, og tilby opplæring eller alternative plattformer til de som ikke kan eller ønsker å benytte seg av digitale systemer.
- Sikre at alle får en god inngang til de kommunale tjenestene og til rusbehandling, og gjøre informasjon om tilbudet og den enkeltes rettigheter lettere tilgjengelig i starten av prosessen.
- Sikre samarbeid og informasjonsflyt på en måte som samtidig ivaretar den enkeltes rett til privatliv.

5.2 Hva må vi vite mer om?

Denne delrapporten består av kvalitative intervjuer med 23 eldre brukere rekruttert fra tre større kommuner i to regioner. For å få mer informasjon om hvordan det kommunale tilbudet er organisert trengs det kvalitative undersøkelser som inkluderer informanter fra mindre kommuner og fra andre regioner i landet. I en kvalitativ intervjuundersøkelse får man kun indirekte og selvrappert informasjon av interaksjoner mellom brukere og kommunalt ansatte, og det er viktig å understreke at denne rapporten kun belyser de kommunale tjenestene fra et brukerperspektiv. Direkte observasjoner av slike interaksjoner, supplert med intervjuer av hvordan oppfølgingen oppleves fra de ansattes perspektiv, kunne her bidratt til å gi en dypere forståelse av hvordan de kommunale helse- og omsorgstjenestene fungerer i praksis.

En annen begrensning med undersøkelsen er at den behandler «mennesker med rusproblemer» som en homogen gruppe, og at den ikke distingverer mellom ulike typer av rusproblematikk

(for eksempel mellom misbruk av alkohol, reseptbelagte legemidler og narkotika). Videre forskning burde se nærmere på slike eventuelle forskjeller, og også undersøke hvordan erfaringene til de eldre skiller seg fra yngre mennesker med rusmiddelproblemer. Det trengs mer kunnskap og bevissthet om hvordan sosiale skjevheter mellom brukere påvirker oppfølgingen de mottar, og om det foregår forskjellsbehandling på bakgrunn av sosiale karakteristikk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Selv om vi ikke har data på dette punktet, antyder også erfaringene våre fra rekrutteringsarbeidet at mange kommunalt ansatte kan oppleve det som vanskelig å tematisere potensielle rusproblemer hos brukerne. Det kan derfor være betydelige mørketall der ute av personer med rusproblemer som av ulike grunner ikke har blitt plukket opp av det kommunale tjenesteapparatet. Dette underbygger tidligere forskning som viser at det er behov for økt kompetanse i tjenesteapparatet for å ta opp bekymringer knyttet til overforbruk av alkohol, legemidler eller misbruk av andre rusmidler (Frydenlund, 2011).

Mennesker med rusmiddelproblemer er en gruppe som det ofte snakkes om i den norske offentligheten, men som i mindre grad får snakke selv. Avslutningsvis vil vi derfor understreke betydningen av at brukernes egne erfaringer, opplevelser og meninger løftes fram og formidles, og at kvalitativ kunnskap om hvordan hjelpeapparatet erfares av de som står i det er en viktig forutsetning for å utvikle et godt tjenestetilbud.

REFERANSER

- Actis. (2017). *Eldre og alkohol. Gammel årgang, nye vaner*. Oslo: Actis.
- Bakken, R. (2018). *Alle vil leve lenge. Men ingen vil bli gamle*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bye, E. K. & Østhus, S. (2012). *Alkoholkonsum blant eldre. Hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985-2008*. Oslo: SIRUS.
- Frydenlund, R. (2011). *Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering*. Oslo: Kompetansesenter rus, Oslo.
- Gertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures. Selected Essays*. New York: Basic Books.
- Hallgren, M., Högberg, P. & Andréasson, S. (2009). *Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Health effects, consumption trends and related issues*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.
- Hansen, I. L. S., Tofteng, M., Holst, L. S., Flatval, V. S. & Bråthen, K. (2018). *Evaluering av opptrappingsplanen for rusfeltet. Andre statusrapport* Oslo: Fafo.
- Heiberg, I. H., Jacobsen, B. K., Nesvåg, R., Bramness, J. G., Reichborn-Kjennerud, T., Næss, Ø., ... Høye, A. (2018). Total and cause-specific standardized mortality ratios in patients with schizophrenia and/or substance use disorder. *PLoS One*, 13(8). <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202028>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009). *St. meld. nr. 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling, på rett sted, til rett tid* Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011-2012). *St. meld. nr. 30. Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol – Narkotika – Doping*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015-2016). *Prop. 15 S. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2012). *Opptrappingsplanen for rusfeltet. Resultat og virkemidler* Oslo: Helsedirektoratet.
- Korus Midt (2018). *Brukertilfredshetsevaluering av kommunale tjenester for personer med rusmiddelproblem. Delrapport 2. Kvalitativ rapport*. Trondheim: Kompetansesenter Rus – Midt Norge.
- Kvale, S. (2002). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Leknes, S., Løkken, S. A., Syse, A. & Tønnesen, M. (2018). *Befolkningsframskrivingene 2018. Modeller, forutsetninger og resultater* Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk sentralbyrå (2018). *Befolkningsframskrivinger fram til 2040 for hver enkelt kommune*. Hentet 08.04.2020 2020 fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-ram-til-2040-for-hver-enkelt-kommune-sok-i-kart>
- Støver, M., Bratberg, G., Nordfjærn, T. & Krokstad, S. (2012). *Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag*. Trondheim: NTNU.
- Tevik, K., Selbæk, G., Engedal, K., Seim, A., Krokstad, S. & Helvik, A.-S. (2017). Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a population-based study. The Nord-Trøndelag Health Study 2006-2008 (HUNT3) *PLoS One*, 12(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184428>
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3 utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (2019). *Kartlegging eldre og rus. Kompetanseheving ansatte*. Gjøvik: Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester.

Vedlegg 1 - Infomasjonsskriv

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

EVALUERING AV BRUKERERFARINGER MED KOMMUNALE TJENESTER FOR PERSONER MED RUSMIDDELPROBLEMER: ALKOHOL, MEDIKAMENTER ELLER ANDRE RUSMIDLER

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie for å undersøke erfaringer og tilfredshet med det kommunale tjenestetilbudet blant personer med rusproblemer (alkohol, medikamenter eller andre rusmidler) som er 65 år eller eldre. Prosjektet gjennomføres i et representativt utvalg av norske kommuner, og vil gi bedre kunnskap om hvordan brukerne opplever de tjenestene 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 tjenester er du blitt spurt om å delta i dybdeintervju av personer med ulike typer rusmiddelproblemer. 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.

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: 72 57 30 00

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.

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 ikke å 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. Transkribert datamateriale (nedskrevet intervju) 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

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 (2016-202). 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. Du kan også ta kontakt etter intervjuet om det er noe mer du vil dele.

Hovedtema	Spørsmål
Bakgrunnsopplysninger	<ul style="list-style-type: none">- Hva er din alder?- Hvor lenge har du bodd i kommunen her?- Hvordan er bosituasjonen din for tiden? <i>Type bolig, institusjon, hospits, bostedsløs</i>- Hva er din viktigste inntektskilde nå? <i>Arbeidsinntekt, stønad, pensjon, andre ting</i>- Kan du si litt om din kontakt med andre mennesker i hverdagen? <i>Familiesituasjon. Hvem snakker du med i hverdagen? Venner, naboer, andre viktige mennesker i livet ditt. Kjøledyr</i>- Hvordan vil du si helsa di er? <i>Vurdering av egen helsetilstand: psykisk og fysisk. Plager? Ensomhet?</i>- Hvordan vil du beskrive din bruk av alkohol, legemidler/medisiner, rusmidler? <i>Bruk av legemidler som du får hjelp til å redusere bruken av disse fordi du er blitt avhengig/bruker for mye</i>
Bruk av tjenestene	<ul style="list-style-type: none">- Kan du fortelle om den gangen du først var i kontakt med kommunen for å få hjelp? <i>Hvordan kom du i kontakt? Lett? Vanskelig? Hva var behovet ditt for hjelp på den tiden? Livssituasjon Barrierer for å oppsøke hjelp? Noen som henviste deg; pårørende, fastlege, andre tjenester i kommunen.</i>- Hva visste du om kommunens tjenester før du fikk hjelp?- Hva synes du om informasjonen kommunen har gitt deg om tjenestene sine?- Hva synes du om informasjonen kommunen har gitt deg om rettighetene dine? <i>Har du fått skriftlig orientering om hva du skal ha av tjenester fra kommunen – og hvorfor du får tjenesten(e)?</i>- Fikk du den hjelpen du trengte til å søke om tjenester fra kommunen?

	<p>- Opplever du at du får den hjelpa du trenger? <i>Beskrivelse av udekte behov Er det noe du tenker du ville ha gjort om du hadde noen som kunne bistått deg mer?</i></p>
<p>Hjelp knyttet til bruk av alkohol, legemidler, andre rusmidler</p>	<p>- Har du mottatt hjelp fra kommunen knyttet til din bruk av alkohol, legemidler, andre rusmidler? <i>Hvilken type hjelp?</i></p> <p>- Hvordan ser du på din egen bruk av alkohol, legemidler andre rusmidler? <i>Alvorlighetsgrad, grad av hjelpebehov. (Type stoff, bruksmåte, mengde, hyppighet, bruksmønster)</i></p> <p>- Hvilken betydning har hjelpa hatt for din bruk av alkohol, legemidler andre rusmidler? <i>Har hjelpen bidratt til å endre rusmiddelbruken din på noen måte? Bidratt til forståelse av rusproblemene Fått kunnskap om bruk av alkohol, legemidler, rusmidler når en blir eldre? Påvirkning av fysisk og psykisk helse Kunnskap om bruk av alkohol samtidig med legemidler?</i></p> <p>- Hva synes du hjelpen har hatt å si for din livssituasjon?</p>
<p>Kommunale tjenester</p>	<p>- Kan du fortelle litt om hva slags hjelp du får nå for tiden? <i>Type tjeneste/instans; Hjemmehjelp, hjemmesykepleie, fastlege, NAV, lavterskel/feltpleie, kommunale tj.rus/psyk, oppfølgingstjeneste, støttekontakt, eldresenter/dagsenter, frivillige org., turgrupper, trim, frivillighetssentralen</i></p> <p>- Kan du beskrive hjelpen du har mottatt fra kommunen knyttet til:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Bolig ○ Mestre boforhold/hjelp til å bo ○ (Være i arbeid) ○ Økonomi / hjelp til å rydde opp i øk. / gjeldsrådgivning ○ Aktiviteter ○ Hjelp til å delta på ting du er interessert i ○ Hjelp til å holde kontakten med andre ○ Hjelp til ulike gjøremål ○ Egenpleie ○ Andre behov (<i>f.eks. bistand til å bruke internett</i>)

	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan opplever du det er å komme i kontakt med tjenestene når du har behov for hjelp? <i>Tilgjengelighet: Åpningstider. Lokalisering. Svar på telefon. Vanligste kontakt: Ansikt-til-ansikt eller telefon. Elektroniske løsninger.</i> - Hvilken hjelp synes du er viktigst for deg?
<p>Involvering av familie / betydningsfulle andre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Har familie eller andre viktige mennesker i livet ditt vært involvert i den hjelpen du har mottatt? <i>Barn, foreldre, søsken, andre? Hvem som tok initiativ til å involvere: Fagperson, familie, venner, støttekontakt, frivillige, nabo</i> - Blir det lagt til rette for involvering av familie eller andre som er viktige for deg i den hjelpen du mottar? <i>Hva slags type involvering: samtale, oppfølging, nettverksmøte, annet</i> <i>Ønsker å involvere (i sterke grad)?</i> - Dersom du har involvert pårørende, venner eller andre mennesker i oppfølgingen din, hvilken betydning har det hatt for deg?
<p>Relasjon til hjelpeapparat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Har du en kontaktperson i kommunen? Hvordan fungerer det for deg? (Hvis nei, savner du det?) <i>Flere kontaktpersoner knyttet til ulike tjenester?</i> - Kan du si litt om hvordan du opplever kontakten/dialogen med de ansatte er? <i>Hvordan opplever du tilgjengeligheten er til disse personene?</i> <i>Blir du møtt med respekt? Eksempler på situasjon.</i> <i>Blitt behandlet nedlatende. Eksempel på situasjon.</i> - Hvordan opplever du at de ansatte i kommunen forstår din situasjon? <i>Tillit til de som skal hjelpe deg. Behov, ønsker og interessert blir hørt?</i> <i>Fagspråk, vanskelige ord?</i>
<p>Samarbeid mellom tjenestene</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan opplever du at tjenestene du mottar samarbeider med hverandre? - Har du en ansvarsgruppe? <i>Hva er erfaringene dine med denne gruppen</i> <i>Hvem deltar i gruppen</i> <i>Opplever du at du blir hørt på møtene i gruppen</i>

	<p><i>Møter alle deltakerne på møtene</i> <i>Har du innvirkning på målsettingen med gruppen</i> <i>Bidrar gruppen til at tjenestene samarbeider bedre om din situasjon</i> <i>Eksempler +/-</i> <i>Hvordan kan det blir bedre?</i></p> <p>- Har du et oppfølgingsteam rundt deg? (f.eks. FACT)</p> <p><i>Erfaringer....etc</i></p> <p>- Har du en individuell plan?</p> <p><i>Har du fått informasjon om individuell plan?</i> <i>Eller andre planer</i> <i>Hvordan opplever du at IP/planen fungerer?</i> <i>Innvirkning på mål i planen?</i> <i>Er målene i samsvar med det du ønsker å oppnå ?</i></p>
<p>Andre helsetjenester</p>	<p>- Har du vært innlagt til rusbehandling/ avgifting/ rusakutt eller psykisk helse (rus)/sykehus (rus)? <i>Mange ganger? Tid siden forrige gang? (mest interessert i 2018/2019 i utdyping)</i></p> <p>- Hvordan var oppfølgingen fra kommunen etter utskriving? (mest interessert i siste år 2018/2019) Planlagt utskriving? Kontakt med kommunen før (forberedelse av innleggelse) under innleggelsen og rett etter innleggelse. Hvilke planer var lagt før utskrivelsen? <i>Hjelp med ulike områder som bolig, økonomi, støttenettverk osv.</i></p> <p>- Annen hjelp, poliklinikk, dagbehandling ?</p>
<p>Bruker- medvirkning</p>	<p>- Hvordan opplever du din medbestemmelse ivaretas? <i>Type hjelp, mengde hjelp, type behandler/ oppfølger.</i></p> <p>Hvordan vil du si at dine meninger blir vektlagt? <i>Forslag til forbedring</i></p> <p>Kjenner du til om det er brukerombud eller brukerorganisasjon i din kommune? Støtte for deg?</p>

Avslutning	<ul style="list-style-type: none">- Er det noe du skulle ønske var annerledes med tjenestene i kommunen? <i>Konkretiser. Eksempler</i>- Hvis du kunne få akkurat den hjelpen du ønsker deg, hvordan ville tilbudet ditt sett ut da?- Er det avslutningsvis noe du ønsker å formidle som vi ikke har vært inne på i løpet av intervjuet?
-------------------	--