

Kommunale tjenester for rusomsorg: Et kvalitativt studie av sammenheng i tjenester

Kari Helene Berg



Masteroppgave i psykososialt arbeid- selvmord rus vold og
traumer

Institutt for klinisk medisin, det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Dato 25.04.2018

Kommunale tjenester for rusomsorg:
Et kvalitativt studie av sammenheng i
tjenester

Copyright Forfatter: Kari Helene Berg

År: 2018

Tittel: Kommunale tjenester for rusomsorg: Et kvalitativt studie av sammenheng i tjenester

Forfatter Kari Helene Berg

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Formålet med denne studien har vært å kartlegge tiltakskjeder av tjenesteytelser som 1) blir gitt i de ulike institusjonene i Velferdsetaten Oslo kommune. Og 2) tjenesteytelser som bygger sammenheng til tjenester i tiltaksapparatet for øvrig, inkludert NAV, spesialisthelsetjenesten, samt frivillige tjenester og private aktører

Metode: En kvalitativ, beskrivende case-studie som benytter fokusgrupper og individuelle intervjuer for å beskrive tiltakskjeder benyttet i og utenfor Oslo Velferdsetatens institusjoner. Analysen beskriver ansattes erfaringer med å jobbe med ruslidelser.

Resultatet er det to funn som beskriver de ansattes erfaringer med å jobbe med ruslidelser. Disse to funnene dekker de oppgaver de ansatte beskriver er det arbeidshverdagen består av og inkluderer: 1) Å dekke klientens basisbehov. Dette funnet beskriver miljøarbeidet inne i institusjonen som legger til rette for relasjonsbygging og endringsarbeid. 2) Å brobygge mellom hjelpeapparatet og klienten. Dette funnet beskriver arbeidet som retter seg mot eksterne samarbeidspartnere for å tilrettelegge for best mulig behandlingsforløp for brukeren.

Konklusjon: Hensikten med dette studiet har vært å få en beskrivelse av arbeidshverdagen til de som jobber i VEL sine institusjoner, og se på hvilke lenke aktiviteter som fremmer gode samarbeidsforløp. Funnen har delt seg inn i to kategorier som er å dekke klientens basisbehov og brobygge mellom klienter og eksterne aktører.

Forord

Det er mange å takke i sammenheng med tilblivelsen av denne oppgaven.

Jeg vil først og fremst takke min leder Erla Smari ved ungdomstiltaket Exit, som har gjort det mulig for meg å kombinere jobb og studier.

Jeg vil takke alle informantene i fokusgruppene. Den entusiasmen, respekten og håpet om et bedre liv for brukerne av Velferdsetatens tjenester har beveget og berørt.

En stor takk går til flere av ungdommene på Exit som har bidratt i denne prosessen. Dere har gitt meg gode tilbakemeldinger og mye kunnskap om et liv som ikke alltid er like lett.

Helene og Ronald, tusen takk for spennende diskusjoner og gode innspill, uten dere ville dette aldri ha gått.

Til sist vil jeg takke min veileder Ayna Beate Johansen, som døde brått og uventet bare en uke før denne oppgaven gikk til trykking. Takk for en utrolig spennende studieprosess. Den var slitsom og tung, men utrolig lærerik og uten ditt engasjement ville dette ikke vært mulig.

Innholdsfortegnelse

1	Kapittel.....	2
1.1	Introduksjon.....	2
1.2	Tidligere forskning.....	3
1.3	Problemstilling/forskningsspørsmål	5
1.4	Sentrale begreper/Teori	6
1.5	Innføring i feltet	11
1.5.1	Historisk tilbakeblikk.....	11
1.5.2	Velferdsetaten	13
1.5.3	Presentasjon av institusjonene	13
1.5.4	Spesialisthelsetjenesten.....	18
1.5.5	NAV.....	19
1.5.6	Frivillige tjenester og private aktører.....	20
2	Kapittel.....	21
2.1	Metode.....	21
2.2	Forskningsprosessen	21
2.2.1	Populasjon, utvalg og eksklusjonskriterier.....	22
2.2.2	Planlegging og innhenting av materialet	23
2.2.3	Reliabilitet og validitet og analyse.....	23
2.4	Etiske vurderinger	25
2.5	Refleksivitet/ forforståelse	25
3	Kapittel.....	26
3.1	Resultater	26
4	Kapittel.....	37
4.1	Diskusjon.....	37
4.1	Begrensninger.....	47
4.3	Implikasjoner for praksis	48
4.4	Videre Forskning	49
	Litteraturliste	52

1 Kapittel

1.1 Introduksjon

Personer med alvorlig ruslidelse sirkulerer ofte inn og ut av kommunenes lavterskeltiltak, og frem og tilbake mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Til tross for reformer og strukturelle endringer er det fortsatt slik at de mest marginaliserte og ressurskrevende pasientene ikke får tilstrekkelig behandling. Selv etter utarbeidelse og innføring av ”Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – Rop lidelser” (Helsedirektoratet, 2012), forblir rusmiddelmissbruk et paradoksalt hinder for å motta behandling. De kommunale institusjonene som imøtekommer hjemløse med både ruslidelse og en rekke komorbide diagnoser er kategorisert i helsevesenet som ”omsorgsinstitusjoner”. Disse kommunale institusjonene har andre utfordringer enn spesialisthelsetjenesten, blant annet gjelder dette lavere bemanning og dermed mindre mulighet til pasientoppfølging. Kommunen har et ansvar om å gi pasienter oppfølging etter og mellom spesialisert behandling. Likevel viser studier at behandlingstap og/eller tilbakefall er en hyppig og kostbar forekomst blant pasienter med langvarig lidelse og økt risiko for tilbakefall og skade, inkludert overdose og død (Ravndal & Amundsen, 2010). Det er derfor viktig å finne nye løsninger for å kunne gi skreddersydde og samordnet omsorg for de mest marginaliserte pasientene med ruslidelse, inkludert boligstøtte, økonomisk planlegging, sosialt nettverk, meningsfulle aktiviteter, psykoterapi og medisinsk hjelp. For å kunne levere alle nødvendige tjenester må pasientene kobles og /eller koordineres sømløst, noe som har vist seg å være problematisk å få til (Pettersen & Rudningen, 2014). Det er igangsatt tiltak fra strukturnivå for å skape bedre samordnete tjenester. Tidligere regjerings samhandlingsreform (omsorgsdepartementet, 2009). nåværende regjerings opptrappingsplan (Helse- Omsorgsdepartement, 2015) og Rop reformen (Helsedirektoratet, 2012) har resultert i økte bevilgninger og opprettelse av nye prosjekter som er ment å arbeide med brukeren der de er, slik som FACT og ACT team (Aakerholdt, 2013). Likevel ser vi at det er flere av de mest marginaliserte som både tidligere og nåværende regjeringer forsøker å nå, er de som fortsatt faller utenfor. Mange av disse bor i Velferdsetatens (VEL) lavterskel omsorg- eller rehabiliteringsinstitusjoner.

Dette studiet er en del av et pilotstudie og et samarbeidsprosjekt mellom (SERAF) og VEL.

Hensikten med prosjektet er å utforske sammenhengen mellom behandlingstilbudene på kommunalt lavterskelnivå, for å forstå hvordan man kan hjelpe brukerne i videre behandling eller andre tilpassede tjenester. Målet med pilotstudiet er å utvikle en metode som kan øke og bedre samarbeidet mellom de ulike behandlingsnivåene. Prosjektet skal bruke kvalitative forskningsmetoder for å se på endringer på organisasjonsnivå mellom velferdsetaten i Oslo Kommune og Kompetansesenteret for rus Oslo (KORUS).

Opptappingsplanen for rusfeltet stiller krav til at kommunene leverer bedre tjenester til personer som er i ferd med og utvikle et rusproblem, og tar et større ansvar for rusavhengige med sammensatte behov (Omsorgsdepartement, 2015). Velferdsetaten hevder at de tilbyr i for liten grad tjenester som møter dagens og morgendagens behov. De vil derfor øke sin kunnskap om vellykkede overganger fra institusjon til egen bolig, og tilrettelegging for helhetlige tjenester i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og bydel (Velferdsetaten, 2016).

1.2 Tidligere forskning

Det er mye forskning inne feltet for både rus og psykiatri. Behovet for samtidig behandling av både ruslidelse og komorbide lidelser er dokumentert flere steder (Mueser, Linderoth, & Andersen, 2006; (Helsedirektoratet, 2012)). Resultatene fra en stor kvalitativ studie beskriver samordnende tiltak for å behandle ROP lidelser. De har indikert at kvaliteten på samarbeidet mellom kommunale- og spesialisthelsetjenester er avhengig av en sterk kommunal organisasjon (Pettersen & Rudningen, 2014).

Case-management betraktes som en evidensbasert behandling for personer med Rop-lidelse og fremmer kobling av tjenester, hindrer tilbakefall, øker bruken av lokale resurser og forbedrer pasientens livskvalitet (Center for Substance Abuse Treatment, 2012).

Case-management fremmer effektivitet, betraktes som programfleksibelt og behandlerne evner å levere tjenester der klienten befinner seg. Dette er med på å operasjonaliserer brukervedvirkning (Mueser, Linderoth, & Andersen, 2006).

Flere behandlere innen kommune- og spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap og opplæring om bruk av case-management som behandling for ROP-lidelser. Denne form for behandling blir av mange vurdert som mer komplisert enn å behandle en lidelse for seg, og en rekke faktorer kan forhindre anvendelse av case-management (Johansen, Tavakoli, Bjelland, & Lumley, 2017).

Det som fasiliteter god omsorg innen behandling av ROP- lidelser er integrerte tjenester, tilgjengelighet fra hjelpeapparatet (Ness, Borg, & Davidson, 2014), og praktisk støtte (Johansen, Brendryen, Darnell, & Wennesland, 2013).

Selv om forskning setter fokus på koordinering av tjenester, har få studier faktisk adressert effektene av sammensatte tjenester på brukerne selv (Pettersen & Rudningen, 2014).

Pettersen og Rudningen har i deres studie sett på ansvarfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med Rop-lidelser med voldsproblematikk. De har systematisert kunnskap om hva som fremmer og hemmer gode pasientforløp og de presentere modeller for godt og likeverdig samarbeid. Ett sentralt funn i deres studie er at ved sterk organisering av, og satsing på, kommunale helse- og omsorgstjenester for målgruppen, jo bedre var grunnlaget for samhandling med spesialisthelsetjenesten. Målgruppen skal leve sine liv i kommunen og det er derfor viktig at oppfølgingen skjer der (Pettersen & Rudningen, 2014). Noen utfordringer rundt gode samhandlingsforløp fant de var knyttet til kjennetegn ved målgruppen, mens andre til organisatoriske rammebetingelser. Det å gi tjenester til mennesker som ikke ønsker eller i liten grad er i stand til å ta imot hjelp vil alltid være en utfordring. De fant at det kan være vanskelig å komme i posisjon til brukeren (Pettersen & Rudningen, 2014).

Det utføres for tiden et kvalitativt studie i Danmark som undersøker det Danske velferdssystemet og dets behandling av rusmiddelavhengige med komorbide lidelser som har kontakt med både kommune- og spesialisthelsetjenesten (<http://www.stofbladet.dk/6storage/586/51/stof26.86.pdf>).

VEL bidrar med forskning innen rusfeltet på flere områder som statistikk, brukerundersøkelser, evaluering av egen praksis og kartlegging av rusmiljøet i Oslo. Utarbeidelse av helhetlig russtatistikk (Fauchad, Audestad, Paulsen, Flatabø, & Jensen, 2016), hvor hensikten er å bidra til styringsdata for Oslo kommune og for hver enket bydel. Prindsen mottakssenter har foretatt en brukerundersøkelse av de som benytter seg av deres

tjenester, som gir viktig informasjon om den åpne russcenen i Oslo (Langaas & Kjølberg, 2017). De har evaluert egen praksis for implementering av verktøy for brukermedvirkning (Skutle, 2015). Uteseksjonene driver gatebasert, oppsøkende sosialt og helsefaglig arbeid overfor utsatte mennesker og grupper i Oslo sentrum og bidrar blant annet med kartlegging av dette miljøet (Tveiten, 2016).

Begrepet lavterskel-tilbud ble først introdusert innen det illegale rusfeltet i Europa som et skadereduserende tilbud til rusmiddelmissbrukere med opioidavhengighet. Begrepet blir brukt forskjellig innen de europeiske landene (Islam, Topp, Conigrave, & Day, 2013). Det er et paraplybegrep som beskriver forskjellige tilbud som sprøyterom og utdeling av sprøyter, substitusjonsbehandling, overnattingssteder som hospits, tannhelsetjeneste og lignende. Begrepene lavterskel og skadereduksjon blir ofte brukt i sammenheng med hverandre. (Islam et al., 2013). I denne artikkelen diskuteres behovet for en felles forståelse og definisjon av begrepet lavterskel.

Forskning har definert tre barrierer på lavterskeltilbud for personer med ruslidelser (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Disse inkluderer flyt i informasjon om brukeren, brukerens kompetanse og formidlingsevne av egne behov, men også ansattes normer om effektivitet og flyt.

Disse funnene peker mot behovet for innovasjon innen helsesektoren som tar hensyn til sikring og trygghet innad på institusjoner, så vel som pasientflyt mellom ytelser på ulike nivåer av tjenestekjeden. For å få til dette er det nødvendig å først kartlegge de tjenesteytelsene som bidrar til hensiktsmessig stabilitet for brukerne, samt progresjon i hensiktsmessige tiltaksforløp.

1.3 Problemstilling/forskningsspørsmål

For å kartlegge tiltakskjeder av tjenesteytelser som 1) blir gitt i de ulike institusjonene i Velferdsetaten Oslo kommune. Og 2) tjenesteytelser som bygger sammenheng til tjenester i tiltaksapparatet for øvrig, inkludert NAV, spesialisthelsetjenesten, samt frivillige tjenester og private aktører har vi valgt å stille følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan beskriver medarbeideren i VEL `s institusjoner sin arbeidshverdag og
2. Hvilke lenkeaktiviteter fremmer arbeidet med å skape mulighet for endring hos klientene?

1.4 Sentrale begreper/Teori

Studiet benytter begrepene klienter, beboere, pasienter, brukere, rusmiddelavhengige, personer med ROP-lidelser, om brukere av VEL's institusjoner og lavterskeltiltak og blir brukt om hverandre i dette studiet. Begrepene miljøarbeider/terapeut, behandler, hjelper referer alle til de ansatte i VEL eller andre som er i kontakt med brukergruppen og brukes om hverandre i dette studiet.

Avhengighet - *”Rusmiddelavhengighet er handlinger som gjentas på tross av negative erfaringer, sanksjoner og fordømmelse hvor aktøren etter nøye overveielser kan beslutte seg til å slutte, men så likevel ofte gjentar handlingen. Personen kan derfor fremtre ambivalent og upålitelig, men samtidig synes oppriktig fortvilet og maktesløs i sin situasjon. Kjernen er at et individ gjentatte ganger handler i strid med sitt eget beste når alt tas i betraktning”* (Mørland & Waal, 2016). s.20

Andre definisjonen impliserer at avhengighet er forbundet med mange andre faktorer som: biologiske, kjemiske, neurologiske, psykologiske, medisinske, følelsesmessige, sosiale, politiske, økonomiske, og spirituelle underbygninger (Matè, 2010).

”To get anywhere near a complete picture we must keep shaking the kaleidoscope to see what other patterns emerge” (Matè, 2010). s.138

Case Managment - Case Management beskrives med fem viktige basisfunksjoner som er: vurdere, planlegge, koble opp mot, støtte og overvåke/monitorere ((SAMHSA), 1998). Case management beskrives også som The Assertive Community Treatment eller oppsøkende psykososial behandling (ACT) –modellen(Aakerholdt, 2013). Den er utviklet for å møte behov hos personer med alvorlig psykiske lidelser og omfattende bruk av offentlige behandlingstilbud. ACT- modellen er basert på å gi personen behandling der de er ved å være en oppsøkende tjeneste i stedet for å vente til personen oppsøker poliklinikker for å motta behandling (Mueser et al., 2006). Målgruppen omfatter personer med omfattende alvorlige lidelser kombiner med somatiske sykdommer, rusavhengighet og ulike sosiale problemer som er knyttet til bolig, mangel på arbeid og problematiske familierelasjoner. Behandlings- og tjenestetilbudet omfatter et vidt spekter av tiltak (Aakerholdt, 2013).

Doxa - er et begrep Bourdieu bruker om den gjeldende sannhet inne i et felt som man ikke stiller spørsmålstegn ved (Aamodt m.fl., 2011). Det gjennomgående temaet i Bourdieus verk er dominans eller over- og underordning. Han studerte dette i en rekke forskjellige kontekster og sosiale miljøer (Prieur & Sestoft, 2006).

Felt - definerer Bourdieu som det som skal undersøkes. Det kan være stort og omfattende som for eksempel i dette studiet rusfeltet, eller det kan være smalt og på mikronivå, som for eksempel analysen av enkeltstående institusjoner (Prieur & Sestoft, 2006).

Et felt er et relativt autonomt sosialt mikrokosmos, i hvilket en spesifikk menneskelig aktivitet eller praksis finner sted, f.eks. Litteratur, filosofi, vitenskap, jura,..” (Prieur & Sestoft 2006) s.158

Innenfor alle felt opptrer det aktører med ulike interesser og som bruker tid og krefter på det som til enhver tid kan stå på spill i feltet. Et kjennetegn er at det alltid eksisterer en *spesifikk* kapital (økonomisk, kulturell, sosial, medisinsk, symbolsk) som er dominerende i feltet (Aamodt m.fl. 2011). Aktørene som for eksempel NAV og spesialisthelsetjenesten kan også forstås som egne autonome felt.

Disse tre feltene som her er nevnt; NAV, Spesialisthelsetjenesten og Vel, skiller seg fra hverandre i grad av autonomi, men de har en felles interesse av å beholde makten over grupper og felt på lavere nivå. Høyere grad av autonomi i et felt skaper sterkere grad av adgangsbegrensning (Aamodt m.fl. 2011). Dette kan eksemplifiseres ved dette studies fokusgruppes opplevelse av adgangsbegrensning til spesialisthelsetjenesten.

”**Habitus**” sier Bourdieu er en sosialisert subjektivitet (Bourdieu og Wacquant 1995).

Det er erfaringer en tilegner seg gjennom hele livet. Det manifesterer seg både kroppslig og sjelelig. Som Aamodt sier i sin bok, forklarer Bourdieu at habitus som et *system av varige disposisjoner*, av strukturerende strukturer som hjelper oss å handle, tenke og orientere oss i den sosiale verden. Disse systemene av disposisjoner er resultatet av sosiale erfaringer, kollektive minner og av måten vi kroppslig beveger oss i det sosiale rommet. Disse disposisjonene er væremåter og mentale tankeskjemaer, som hjelper oss til å tilpasse handlingene etter situasjonen. Disse disposisjonene er i all hovedsak ubevisste og vi tenker ikke over at vi handler, tenker og forstår som vi gjør (Aamodt m. fl. 2011).

Miljøterapi - Mye av forskningen innen miljøterapi er å finne innen arbeidet med barn og unge. Den retter seg i hovedsak mot institusjonsjobbing innen barne- og ungdomspsykiatriske

institusjoner og barnevernsinstitusjoner, men er overførbart til institusjoner som jobber med voksne, i blant annet rusinstitusjoner (Larsen, 2004). Miljøterapi handler om å tilrettelegge for en positiv utvikling i institusjonen og institusjonens primære oppgave defineres som :

”å (sikre) legge til rette miljøet slik at dårlig integrerte barn og ungdommer gis muligheter til å arbeide med sin utvikling og forandring” (Larsen, 2004). s.25

Miljøterapi er et bredt teoretisk og metodisk felt. Ofte handler det om de situasjoner som oppstår i øyeblikket og miljøterapi kan også defineres som;

”en egen tilnærming som har noe spesifikt ved seg samtidig som den fletter inn tanker og ideer fra de andre terapiretningene for best mulig å kunne ”sy sammen” en tilnærming som passer best for den enkelte klient...miljøterapi handler om helhetlige prosesser der terapeuten forvalter miljøfaktorer med betydning for utviklingsprosessen både i forkant av en situasjon, underveis og i etterkant innrammet av den miljøterapeutiske organisasjon” (Olkowska & Landmark, 2009).

På Høyskolen i Oslo Akershus er miljøterapi en del av utdanningen for barnevernspedagoger i større grad enn for sosionomer (HiOA, 2018). Dette kan forklare noe av årsaken for at miljøterapi ikke ble identifisert som en terapeutisk tilnærming i dette studiet. I intervju med lederne i VEL fikk vi inntrykk av at majoriteten av de med sosialfaglig utdannelse var sosionomer, hvilke fokus det er på miljøterapi innen utdannelsen for verneassistenter vites ikke.

Det miljøterapeutiske arbeidet kan bli beskrevet som det verktøy man bruker for å opprette en relasjon til brukeren (Olkowska & Landmark, 2016).

Relasjon - Det å være mennesket betyr å være i relasjon til andre, enten den er god eller dårlig. Relasjon handler i stor grad om hvordan vi kommuniserer med hverandre. Den allmenne kommunikasjonskompetansen utvikler vi i samhandling med andre mennesker, og da først og fremst gjennom språkutvikling (Røkenes & Hanssen, 2006). Forstår vi ikke språket til hverandre lever vi i hver vår verden uten annet enn overfladisk kontakt (Skjervheim, 1976). I en terapeutisk relasjon kan terapeuten stå i fare for å definere brukeren som et objekt i stedet for et subjekt, og dermed tingliggjøre den andre. En subjekt – subjekt relasjon får man når man viser deltakelse og engasjement for den andres problem. Gjennom en treleddet relasjon som betyr at relasjonene er mellom den andre, meg og problemet som betyr at man deler dette med hverandre. Dette er i motsetning til en to-toleddet relasjon der

den ene er inne i den andre som en kinesisk boks: hvor man diskuterer samme sak men hvor hver enkelt diskuterer ut i fra sitt ståsted uten å se den andres, man deler ikke lenger den samme verden (Skjervheim, 1976). Det å møte de andre i en treleddet relasjon er derfor viktig å strebe etter i det miljøterapeutiske arbeidet. For å klare dette er det viktig å være seg bevisst sin egen forforståelse.

Det er mye forskning på området om hvor viktig det er med en god relasjon mellom brukere og personer de møter innen hjelpeapparatet. Dette er uavhengig av posisjon, det som er viktig og som går igjen i flere brukerundersøkelser er å bli lyttet til og møtt med respekt (Skatvedt & Edland-Gryt, 2012). I ROP-reformen hevdes det at en god relasjon mellom bruker og hjelper er en nødvendig forutsetning for både utredning, behandling og oppfølging (Helsedirektoratet, 2012).

Forforståelse - er det vi møter omverdenen med, det vi allerede har lært og som er integrert i oss. Forforståelse er ”alle type ideer vi har med oss på forhånd, og som virker bestemmende på opplevelsen og fortolkningen av det den andre forteller” (Røkenes & Hanssen, 2006). Dette defineres som individets horisont og når vi møter mennesker gjennom en treleddet relasjon og tar innover oss dennes horisont kan vi få en horisontsammensmeltning. Dette skjer gjennom en hermeneutisk spiral (Hellesnes, 1988). Et menneskets horisont er den sammenheng det lever innenfor, slik som kulturelt, historisk, politisk, kjønnsmessig, aldersmessig osv. Dette er et begrep som også brukes innen metode for å blant annet motvirke teoretisk ensidighet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Hermeneutikk - betyr og tolke og forså hva andre sier. Man vil diskutere en sak ut i fra sin egen forforståelse, for så å bli gjenstand for en hermeneutisk aktivitet, for så å få en ny forståelse som bli gjenstand for en horisontsammensmeltning og man får en utvidet forståelse (Hellesnes, 1988). Innen metode brukes det hermeneutisk fortolkningsprinsipper for å sikre gyldig fortolkninger av tekster (Kvale & Brinkmann, 2009).

Intersubjektivitet – Intersubjektiv kontakt er når sinnene trenger inn i hverandre på en slik måte at vi kan si ”jeg vet at du vet at jeg vet” eller ”jeg føler at du føler at jeg føler” (Stern, 2007). Intersubjektivitet handler om å lese den andres sinn, hvor to mennesker stort sett deler det samme landskap, i hvertfall for en stund. Disse møtene er det som er viktig i en terapeutisk setting. Vårt mentale sinn blir skapt i fellesskap, denne felles kreative dialogen med andres sinn kalles den intersubjektive matrisen (Stern, 2007).

Dette begrepet benyttes innen metode, dialogisk intersubjektivitet henviser til enighet blant de som fortolker et fenomen gjennom rasjonell diskurs og gjensidig kritikk (Kvale & Brinkmann, 2009).

ROP lidelse - Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse kalles ROP lidelse, mange har også en somatisk lidelse i tillegg. De har ofte sammensatte utfordringer og trenger koordinert innsats fra et bredt spekter innen hjelpeapparatet. Dette innebærer blant annet spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og NAV (Helsedirektoratet, 2012)

Substitusjonsbehandling - Behandlingsmetode for rusmiddelavhengighet der det rusmiddelet pasienten er avhengig av, erstattes av et lignende middel som i større grad muliggjør stabilisering av pasienten. Ved opioidavhengighet erstattes for eksempel heroin av metadon eller buprenorfin (Helsedirektoratet, 2010).

Lavterskel helsetiltak – I 2001 ble det opprettet en statlig tilskuddsordning for å støtte kommuner med omfattende helseproblemer og høy forekomst av overdoser for mennesker med rusmiddelproblemer. Ordningen er forvaltet av Helsedirektoratet og i 2010 ble tilskudd til lavterskel helsetiltak innlemmet i ordningen tilskudd til kommunalt rusarbeid (Ådnes et al., 2007).

Lavterskel- tilbud er et tilbud som stiller minimale krav til pasienten, tilbyr tjenester uten å kontrollere deres inntak av rusmidler, og gir kun veiledning ved forespørsel. Programmer med lav terskel kan være i motsetning til "høy terskel" -programmer som krever at brukeren aksepterer et visst nivå av kontroll og som krever at pasienten godtar rådgivning (Waal, 2008).

1.5 Innføring i feltet

1.5.1 Historisk tilbakeblikk

I sin artikkel *Rus i Norge sammenligner Aina Schiøtz* den historiske utviklingen innen de to rusfeltene alkohol og narkotika (Schiøtz, 2017).

For alkoholistsorgen startet det allerede på slutten av 1800 tallet med innføring av alkoholforbud og det politiske målet var et alkoholfritt samfunn. Samfunnet var i omveltning og de sosiale og helsemessige problemene i befolkningen ble mer påtrengende. Alkoholmisbruk representerte ikke bare en trussel mot individuelt, men også mot samfunnets orden og landes fremtid. Det ble innførte streng forbudspolitik og man definerte problemet ut i fra en medisinsk forståelse. Den dominerende oppfatningen var at alkoholmisbrukeren led av moralsvikt og de dårligst stilte ble straffet i form av tvangsarbeid og internering. Fra 1930 – årene skjedde det endringer. Det medisinske perspektivet ble styrket, noe som påvirket lovgivningen og det sosiale hjelpeapparatet ble bygd ut. Fokuset dreide mer mot individnivå – nemlig alkoholikeren og dennes familie – til i mindre grad å se alkoholmisbruk som et samfunnsproblem. Likevel ble ikke moralismen "avskaffet", men tok i stedet andre former. Kuranstaltene ble oppbevaringsinstitusjoner hvor formål var å korrigere livsførsel gjennom arbeid og streng disiplin. På 1950- og 60- årene skjer det en ny dreining mot flere behandlingsinstitusjoner med bemannet med helsepersonell og hvor pasientene fikk medbestemmelse. Noe av det viktigste som skjedde på 1970-tallet var revisjonen av løsgjengerloven av 1900, tvangsarbeidsordningen ble opphevet og med det Oppstad tvangsarbeidsanstalt stengt. Kriminaliseringen av bostedsløse, syke og fattige alkoholikere opphørte og fra nå av var det helse og sosialomsorgen som skulle ha hovedansvaret, men fortsatt i nært samarbeid med ordensmakten (Schiøtz, 2017).

Narkotika hadde for alvor sitt inntog i andre halvdel av 1960-tallet og oppstod fra da av som et samfunnsproblem. Misbruk av narkotiske stoffer ble sjeldent nevnt i historiske kilder før dette, men de ble i større grad distribuert på resept via egen lege.

I 1967 ble 60 ungdommer arrestert for bruk og omsetning av narkotika. Dette var et problem for politiet da det ikke forelå lovgivning på feltet. I løpet av få år eskalerte problemet og det ble etablert en liten men svært synlig subkultur av narkotikamisbrukere i Oslo som holdt til på Nisseberget i Slottsparken. Disse representerte en helt annen kultur enn de såkalte fylliken (Schiøtz, 2017).

Karl Evang som da var helsedirektør, så på dette fenomenet som en epidemisk trussel hvor smittefaren var stor. Han hadde stor politisk innflytelse og i tråd med velferdesstatlig ideologi var han med på å etablere visjonen om det stoffrie samfunn. Rettsvesenet og helsemyndighetene samarbeidet og Evang spilte en dominerende rolle i det forarbeidet til kriminalisering av feltet. I 1968 ble det fattet vedtak om tillegg i straffeloven om at ikke bare omsetning av, men også bruk av narkotiske stoffer var straffbart (Schiøtz, 2017). Logikken bak dette var at det ikke bare var individet som ble påvirket, men også dets omgivelser. Det var fare for en sosial smitte, noe samfunnet måtte beskytte seg mot.

I kjølevannet av HIV-epidemien på 1980-tallet endret rusmiddelpolitikken seg. Rusmiddelavhengige var veldig utsatt for smitte, noe som skapte stor frykt og mange henvendte seg til behandlingsinstitusjonene. Det ble opprettet 400 nye behandlingsplasser og det ble gitt tilbud om etterutdanning for helsepersonell. Skadereduserende tiltak ble etablert. Det ble opprettet sprøyteautomater og sprøytebuss. Legemiddelassistert rusbehandling (LAR) ble opprettet som prøveprosjekt i 1993 og ble landsdekkende i 1998.

Dette skapte en endring i narkotikapolitikken, hvor det ble hevdet at politikerne snakker med to tunger. Det ble krav om forbud og streng kontroll på den ene siden, men hvor man på den andre siden ikke lenger kunne unngå å se de narkomane som lidende mennesker med behov for medisinsk hjelp. Denne betraktningen gjorde at det ble iverksatt skadereduserende tiltak, noe som har skapt et paradoks i tilnærmingen ved at det på den ene siden strebes etter et rusfritt samfunn, mens på den andre siden gis en type assistanse som ikke bidrar til å stoppe omsetning eller bruk av illegale narkotiske stoffer (Schiøtz, 2017).

Ruspolitikken er stadig gjenstand for diskusjon og debatt og det blir stadig gjort endringer. Rusreformen (Helsedepartementet, 2004) kom i 2004 og dette førte til at ansvaret for fylkeskommunale tiltak for rusmisbrukere ble overført til staten ved de regionale helseforetakene og underlagt spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen (omsorgsdepartementet, 2009) kom i 2012 og med den en større satsing på kommunehelsetjenesten. Her ønsker man at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdig beslutningstakere, og hvor spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning. Det legges vekt på behovet for standardiserte pasientforløp, og pasientens behov for koordinerte tjenester. Sykehusene skal være et ledd i en ubrutt tiltakskjede fra sentrale myndigheter til kommunene. Det påpekes at spesialisthelsetjenesten skal bidra med kompetanse ut til kommunene, men også ta imot lærdom fra kommunene (omsorgsdepartementet, 2009).

I 2014 opprettet Helse- og omsorgsdepartementet egen spesialisering for leger innen rusfeltet: *medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin*, disse vil være ferdig utdannet i 2018.

1.5.2 Velferdsetaten

Velferdsetaten er en fagetat som utvikler og tilbyr byomfattende tjenester som har som mål og bidra til gode levekår for innbyggerne i Oslo (Velferdsetaten, 2016). Etaten samarbeider med spesialisthelsetjenesten, bydelene, brukerorganisasjoner og ideelle organisasjoner for å gi Oslos borgere et helhetlig tilbud. Velferdsetaten er underlagt Byrådsavdelingen for eldre, helse og sosiale tjenester (Velferdsetaten, 2016). Etatens ansvarsområder er å gi: 1) Tjenester til rusavhengige 2) Sosiale og økonomiske boligvirkemidler 3) Tjenester i boliger for grupper med særlige behov 4) Anskaffelser av helse- og omsorgstjenester på vegne av bydelene 5) Tiltak for å skape et trygt miljø i Oslo sentrum 6) Transporttjenester for personer med nedsatt funksjonsevne 7) Juridisk støtte, råd og veiledning for utsatte grupper (Velferdsetaten, 2016).

Som en del av tjenester til rusavhengige gir VEL helse- og omsorgstilbud til personer med ruslidelser som er i mangel av et sted å bo. Oslo kommune velferdsetaten hadde i 2016 ca 700 institusjonstilbud for rusavhengige og gir ett eller flere opphold til ca. 1500 personer i året. $\frac{1}{4}$ av de totalt antall inntakene er kvinner og $\frac{3}{4}$ omhandler akutt- og korttidsinstitusjoner (Fauchald, 2017). Da lavterskel rusinstitusjoner i hovedsak yter omsorgstjenester identifiserer ikke ansatte seg med “å behandle” psykiske helseproblemer, men å gi omsorg, rehabilitering og skadereduksjon. Behandlingsterminologien tillegges tjenester i spesialisthelsetjenesten, og ikke sosial- og omsorgsyntelser. Rusinstitusjoner i velferdsetatens tilbud har også ulike utfordringer enn tjenester i spesialisthelsetjenesten, inkludert begrensede ressurser av tid, og mulighet for videre oppfølging. Personer med samtidig rus- og psykiske lidelser sirkulerer ofte mellom lavterskel institusjoner, og spesialist- og kommunale tjenester. $\frac{1}{4}$ av velferdsetatens inntak er av “gjengangere”, eller personer som har hatt 10 eller flere inntak på et år (Fauchald, 2017).

1.5.3 Presentasjon av institusjonene

På VEL sine hjemmesider (Oslo kommune) er alle institusjonene presentert med blant annet inntakskriterier, brukergruppe og målsetting for oppholdet. Nedenfor kommer det en kort beskrivelse av institusjonene som er representert i studiet.

Dalsbergstiens hus

Dette er et midlertidig botilbud til brukere i aktiv rus. Det tilbys hjelp og veiledning til brukerne som ønsker endring i sin livssituasjon. Opiatmisbrukere som kan være aktuelle for substituttbehandling prioriteres.

Målgruppe: Voksne menn, kvinner eller par. Brukere av alkohol, opiater, sentralstimulerende stoffer, medikamenter eller cannabis med daglig eller periodevis rusmiddelbruk som ønsker å få en mer kontrollert rusmiddelbruk eller rusreduksjon. En må klare seg selv i hverdagen eller ha behov for noe omsorg.

Tilbud: Institusjonen har 45 døgnplasser og er døgnbemannet. Det tilbys opphold inntil 3 måneder, men dette kan forlenges opptil ett år. Her jobber det helsepersonell, psykiater og ansatte med sosialfaglig kompetanse. Legemiddehandtering, feltpleie og legetjenester er en del av tilbudet. Det tilbys frokostservering. Det er ingen mulighet for oppfølging etter utflytting.

LASSO

LASSO tilbyr skadereduserende behandling til brukere som er avhengig av opioider og drives av Dalsbergstiens hus. Behandlingen foregår med legemiddelet Suboxone. LASSO står for legemiddelassistert skadereduserende substitusjonsbehandling i Oslo. Brukeren kan selv ta kontakt med LASSO eller få henvisning fra for eksempel feltpleien, sprøyterommet eller ambulansetjenesten. Det trengs ikke henvisning fra lege.

Målgruppe: Menn og kvinner som er i en forkommen helsetilstand, med høy risiko for skade eller dødsfall. For personer som har vært over tid i Oslo og mottar velferdstjenester her, men som ikke har et aktivt samarbeid med hjelpeapparatet. Behandling eller rehabilitering er ikke mulig i den situasjonen brukeren befinner seg i.

Exit

Dette er et midlertidig botilbud for unge voksne som kan stå i fare for å utvikle et alvorlig rusproblem. Institusjonen tilbyr kartlegging, motivering og videreformidling til annet egnet tiltak.

Målgruppe: Unge menn og kvinner mellom 18 og 25 år som har et kontrollert rusmiddelbruk. Brukere av alkohol, opiater, sentralstimulerende stoffer, medikamenter eller cannabis som ønsker å bli rusfri eller nesten rusfri. En må klare seg selv i hverdagen.

Tilbud: Institusjonen har 8 døgnplasser og er døgnbemannet. Det tilbys opphold inntil 3 måneder, men dette kan forlenges opptil ett år. De ansatte har sosialfaglig kompetanse. Det er full kost mot økt betaling. Det er mulig å avtale noe oppfølging etter utflytting.

Fredensborg bosenter

Dette er et midlertidig botilbud til brukere i aktiv rus. Det tilbyr både akutt- og korttidsplasser. Institusjonen foretar en kartlegging av brukernes livssituasjon og videreformidler til egnede tiltak.

Målgruppe: Voksne menn, kvinner eller par. Brukere av alkohol, opiater, sentralstimulerende stoffer, medikamenter eller cannabis med daglig eller periodevis rusmiddelbruk som ønsker å få en mer kontrollert rusmiddelbruk eller rusreduksjon. En må klare seg selv i hverdagen eller ha behov for noe omsorg.

Tilbud: Institusjonen har til sammen 50 døgnplasser og har to avdelinger, hvor den ene er døgnbemannet. Det tilbys korttidsopphold inntil tre måneder, som kan forlenges, og langtidsopphold inntil ett år. Institusjonen har også akutt-plasser. De ansatte har sosialfaglig kompetanse. Feltpleie er en del av tilbudet. Det tilbys noe matservering med egenbetaling ved Værestedet.

Liakollen rehabiliteringssenter

Dette er et tilbud til brukere med god rusmestring som ønsker å redusere eller avslutte sin rusmiddelbruk og forberede en selvstendig tilværelse i egen bolig.

Målgruppe: Voksne menn og kvinner. Brukere av alkohol, opiater, sentralstimulerende stoffer, medikamenter eller cannabis med daglig eller periodevis rusmiddelbruk som ønsker rusreduksjon eller bli rusfri. Tilnærmet rusfri eller har et moderat rusmiddelbruk. En må være selvhjulpen med god psykisk fungering.

Tilbud: Institusjonen har 19 døgnplasser og 10 døgnplasser i leiligheter hvor det er døgnbemanning. Det tilbys opphold inntil ett år, med mulighet for forlengelse med ett år ved overføring til institusjonens leiligheter. Her jobber det ansatte med sosialfaglig kompetanse. Brukerne handler og lager egen mat. Oppfølging etter utflytting kan vurderes etter behov og for en begrenset periode.

Marcus Thranes hus

Dette er et midlertidig botilbud til brukere i aktiv rus. Institusjonen foretar en kartlegging av brukernes livssituasjon og videreformidler til egnede tiltak. Yngre brukere prioriteres.

Målgruppe: Unge voksne eller voksne menn, kvinner og par. Brukere av alkohol, opiater, sentralstimulerende stoffer, medikamenter eller cannabis med daglig eller periodevis rusmiddelbruk som ønsker å få en mer kontrollert rusmiddelbruk eller rusreduksjon. En må klare seg selv i hverdagen eller ha behov for noe hjelp.

Tilbud: Institusjonen har 37 døgnplasser og er døgnbemannet. Det tilbys opphold inntil 3 måneder, men dette kan forlenges opptil ett år. Her jobber det psykisk helsearbeidere og ansatte med sosialfaglig kompetanse. Feltpleie er en del av tilbudet. Det tilbys frokostservering. Det er ingen mulighet for oppfølging etter utflytting.

Prindsen mottakssenter

Institusjonen er et skadereduserende, lavterskeltiltak i Oslo sentrum og har som primæroppgave å identifisere individuelle hjelpebehov for å kunne videreformidle til mer permanente tilbud innenfor det ordinære hjelpeapparatet.

Målgruppe: Voksne menn og kvinner. Brukere av alkohol, opiater, sentralstimulerende stoffer, medikamenter eller cannabis med daglig eller periodevis rusmiddelbruk.

Tilbud: Institusjonen består av en sosialfaglig avdeling (sosialfaglig team og akuttovernattingen) og en helsefaglig avdeling (Sprøyterommet, Hepatitt C-klinikk og

Feltpleien, som inkluderer smittevern). Her jobber det psykiatere, psykologer, leger, sykepleiere og ansatte med sosialfaglig kompetanse.

Syningom omsorgssenter

Gir et tilbud til brukere som ønsker et rusfritt miljø med avstand til storbyen. Institusjonen tilbyr tilrettelagt oppfølging som forberedelse til utflytting i egen bolig. Det er også egnet som et tilbud før eller etter rusbehandling i spesialisthelsetjenesten. Institusjonen ligger i Nord-Odal kommune og tilbyr både kort- og langtidsopphold.

Målgruppe: Voksne og eldre. Både kvinner, menn og par. Rusfri institusjon, primært brukere i substitusjonsbehandling – LAR. Eventuell rusmiddelbruk kontrolleres med urinprøver, alkometer og kliniske vurderinger. Gjentatt rusmiddelbruk kan føre til utskrivning. En må klare seg selv i hverdagen, eller har behov for noe praktisk bistand.

Tilbud: Institusjonen har 22 døgnplasser og er døgnbemannet. Det tilbys korttidsopphold inntil tre måneder og langtidsopphold inntil ett år. Her jobber det helsepersonell, psykisk helsearbeidere og ansatte med sosialfaglig kompetanse. Legemidelhåndtering og avtale med legekantor er en del av tilbudet. Det er mulig med full kost mot økt betaling. Det er ingen mulighet for oppfølging etter utflytting.

Thereses hus

Dette er et midlertidig botilbud til kvinner i aktiv rus.

Målgruppe: Voldsutsatte kvinner som ikke får tilbud ved vanlige krisesentre på grunn av omfattende rusmiddelbruk. Brukere av alkohol, opiater, sentralstimulerende stoffer, medikamenter eller cannabis med daglig eller periodevis rusmiddelbruk som ønsker å få et mer kontrollert rusmiddelbruk eller rusreduksjon. Tilnærmet rusfri eller har et moderat rusmiddelbruk. En må klarer deg selv i hverdagen eller har behov for noe praktisk bistand.

Tilbud: Institusjonen har 12 døgnplasser og akutt plasser og er døgnbemannet. Her jobber det ansatte med sosialfaglig kompetanse. Det serveres frokost. Det er ikke mulighet for oppfølging etter utflytting.

Vestli rehabiliteringssenter

Dette er et tilbud til brukere som ønsker et rusfritt botilbud og tilrettelagt oppfølging som forberedelse til utflytting i egen bolig. Institusjonen er primært rettet mot brukere som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten (TSB).

Målgruppe: Voksne og eldre. Både kvinner, menn og par. Dette er en rusfri institusjon. Eventuell rusmiddelbruk kontrolleres med urinprøver, alkometer og kliniske vurderinger. Ved rusmiddelbruk kan en bli bortvist eller skjernet på egen boenhet. Gjentatt rusmiddelbruk kan føre til utskrivning. En må klare seg selv i hverdagen.

Tilbud: Institusjonen har 32 døgnplasser og er døgnbemannet. Det tilbys opphold inntil ett år. De ansatte har sosialfaglig kompetanse. Brukerne handler og lager egen mat.

1.5.4 Spesialisthelsetjenesten

Det offentlige har ansvaret for helsetjenester til befolkningen, og det er en ansvarsfordeling mellom de fire regionale helseforetakene og kommunene. Denne ansvarsfordelingen er knyttet til graden av spesialisering av tjenestene. Spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet somatisk og psykiatrisk sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk for å nevne det som er vesentlig i dette studiet. For tilstander som krever spesialisert behandling, både psykisk og fysisk kreves henvisning fra primærhelsetjenesten, oftest fra lege (Regjeringen.no, 2014).

De tjenester innen spesialisthelsetjenesten som rusmiddelavhengige ofte er i kontakt med omfatter psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB). Mange er også i behov av tjenester ved somatiske sykehus og ambulansetjenesten, men det er ikke lagt vekt på i dette studiet

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

TSB ble en del av spesialisthelsetjenesten i 2004 etter innføring av rusreformen.

Stortinget har gjennom behandlingen av rusreformen, vedtatt å overføre fylkeskommunenes tidligere ansvar etter sosialtjenesteloven (lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.) § 7-1 for behandlingstiltak for rusmiddelmisbrukere til staten ved de regionale helseforetakene. Overføringen trådte i kraft fra 1. januar 2004 (Helsedepartementet, 2004).

Behandlingsinstitusjonene som tidligere var underlagt kommunen ble nå overført til spesialisthelsetjenesten, og hvor helseforetakene er de som fikk ansvaret for å inngå anbud med private aktører.

Dette gjorde at de tjenestene som tidligere ble definert som sosiale tjenester og regulert av sosialtjenesteloven gikk over til å bli spesialisthelsetjenester regulert av spesialisthelsetjenesteloven paragraf 2-1a første ledd nr. 5 (Helsedepartementet, 2004). De institusjonene som tilbyr slik behandling ble nå ansett som helseinstitusjoner og underlagt spesialisthelsetjenesteloven og dens forskrifter som gjelder for slike institusjoner (Helsedepartementet, 2004).

Aina Schiøtz skriver i sin artikkel at dette kan ha ført til nedleggelse av ulike sosialpedagogiske tiltak som bl. annet kollektiver (Schiøtz, 2017). s 18

TSB er også ansvarlig for å gi kunnskapsbasert behandling for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler (Helsedirektoratet, 2016).

Andre tjenester inne spesialisthelsetjenesten som rusmiddelavhengige ofte er i behov av er tjenester inne **psykisk helsevern**. Dette består av sykehusfunksjoner og distriktpsikiatriske senter (DPS).

”DPS skal tilby differensiert behandling poliklinisk, ambulant, eller som dag- og døgnbehandling. DPS skal også bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuitet i spesialisthelsetjenesten, dvs. være veien inn og ut av psykisk helsevern” (omsorgsdepartementet, 2009).

Flere av brukerne mottar poliklinisk behandling, og i Oslo er dette organisert forskjellig fra bydel til byde. I 2012 kom Rop retningslinjene hvor det foreligger anbefalinger om samhandling mellom de forskjellige aktørene i feltet (Helsedirektoratet, 2012).

1.5.5 NAV

Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) er en helt sentral utøver av arbeids- og velferdspolitikken. De forvalter velferdsytelser, tildeler velferdstjenester og hjelpe dem som har behov for bistand for å kunne delta i arbeidslivet (Arbeids, 2015-2016).

Det er NAV som er innsøker og betaler av alle institusjonsplasser, og nær sagt alle brukere mottar ytelser fra NAV. NAV er derfor en viktig samarbeidspartner både for brukerne og institusjonene. Godt samarbeid og tett oppfølging av brukarene er en definert målsetting. Innføring av flere digitale løsninger som vil øke effektiviteten for majoriteten, vil skape økt tilgjengelighet for de med sammensatte oppfølgingsbehov (Arbeids, 2015-2016).

Målet er at brukere med sammensatte behov skal få rett tjeneste til rett tid. Ved at flere skal kunne gjennomføre medisinsk behandling samtidig som de får arbeidsrettet oppfølging fra NAV-kontoret, utfordrer samhandlingen mellom NAV-kontoret og helsesektoren. Samspillet innen helse/arbeid-dimensjonen er komplekst fordi det involverer en rekke aktører med ulike roller, blant annet bruker, arbeidsgiver, fastlege/sykemelder, andre kommunale helse- og rehabiliteringstjenester, spesialisthelsetjenesten og arbeids og velferdsforvaltningen. (Arbeids, 2015-2016). Dette gir noen indikasjoner på at samarbeid på tvers av tjenesteapparatet oppleves som utfordrende også for NAV.

1.5.6 Frivillige tjenester og private aktører

Velferdsetaten samarbeider med frivillige og privat aktører som Frelsesarméen, Bymisjonen, Blå kors og Tyrilistiftelsen for å nevne noen.

2 Kapittel

2.1 Metode

Beskrivende kvalitativ metode, case studie, er fortrukket metode for denne studien. Det er valgt fordi fokuset for analysen har vært å se på de beskrivelsene som kommer frem gjennom fokusgruppene og intervjuene for så å undersøke disse. Beskrivende case studie blir ofte valgt når man ønsker en dypere og mer inngående kunnskap om allerede kjente grupper, individer, organisasjoner osv. (Yin, 2003). Case studie er den foretrukne metode når forskningsspørsmålet er et ”hvordan” eller ”hvorfor”(Yin, 2003). Begge disse spørsmål blir stilt i problemstillingen.

Denne type studie er ment å beskrive et fenomen eller en intervensjon i den daglige konteksten den opptrer i (Baxter & Jack, 2008). Dette indikerer at foretrukket metode passer for dette studiet. Beskrivende, kvalitativ metode er hensiktsmessig for å oppnå dette fordi metoden holder seg tett til dataene, men presenterer rike beskrivelser av opplevde erfaringer (Neergaard, Olesen, Andersen, & Sondergaard, 2009) i form av dagligdags tale (Sandelowski, 2000).

2.2 Forskningsprosessen

Studiet var ment som et pilotstudie med en varighet over tre år. Studiet ble ledet av Ayna B Johansen som var forsker ved Senter for avhengighetsforskning (SERAF) ved UIO. Utgangspunktet var å undersøke barrierer for implementering av samtidig behandling av ruslidelse og posttraumatisk stress lidelse. Prosjektet var ment å undersøke både institusjoner innen spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. En av fallgruvene for bruk av case studie er når forskeren forsøker å svare på et spørsmål som er for vidt og et emne som har for mange variabler for ett studie (Baxter & Jack, 2008). Behovet for å snevre inn og sette opp grenser for hva som skulle undersøkes førte til en endring av både valg av gruppe og forskningsspørsmål. Personer med samtidig rus- og psykiske lidelser sirkulerer ofte mellom lavterskel institusjoner, og spesialist- og kommunale tjenester. Denne gruppen er i hovedsak og finne innen VEL sine lavterskelinstitusjoner.

Tre barrierer er definert i tidligere forskning på lavterskeltilbud for personer med ruslidelser (Edland-Gryt & Skatvedt, 2013). Disse inkluderer flyt i informasjon om brukeren, brukers kompetanse og formidlingsevne av egne behov, men også ansattes normer om effektivitet og

flyt. Disse funnene peker mot behovet for innovasjon innen helsesektoren som tar hensyn til sikring og trygghet innad på institusjoner, så vel som pasientflyt mellom ytelses på ulike nivåer av tjenestekjeden. For å få til dette er det nødvendig å først kartlegge de tjenesteytelsene som bidrar til hensiktsmessig stabilitet for brukerne, samt progresjon i hensiktsmessige tiltaksforløp. Dette førte til at problemstillingen rettet seg mot de ansatte og deres arbeidshverdag med brukergruppen, og samarbeidet med eksterne aktører i feltet.

2.2.1 Populasjon, utvalg og eksklusjonskriterier

Fokusgruppene har bestått av 9 institusjoner fra Oslo kommune velferdsetaten: Dalsbergstien hus / Lasso; Exit; Fredensborg bosenter; Liakollen rehabiliteringssenter; Marcus Thranes hus; Prindsen mottakssenter; Syningom omsorgssenter; Thereses hus; Vestli rehabiliteringssenter. Kun Syningom og Vestli har krav til rusfrihet hos brukerne. Institusjonene er derfor forskjellige, med en spredning på populasjoner og problematikk som håndteres. De skiller seg også i størrelse fra 45 plasser til 8 plasser. Ansatte ved institusjonene består i hovedsak av personer med sosial faglig utdanning og verneassistenter.

Det ble avholdt to fokusgrupper to ganger (totalt fire gruppemøter), med to deltakere fra hver institusjon og totalt 21 deltagere. I tillegg ble det gjort individuelle intervjuer med 2 ledere av russeksjonene og fagansvarlig i VEL. I utgangspunktet var tanken og intervju brukere. I samarbeid med fagansvarlig i VEL ble det besluttet at dette vil bli utsatt til neste del av prosjektet. Funn fra dette studiet vil gi implikasjoner på utforming av brukerintervjuene og var prematurt i nåværende studie.

Utvalget er to ansatte i 100% stilling fra hver institusjon definert av leder.

Rekruttering av ansatte er fra institusjoner i kontakt med en heterogen brukergruppe som inkluderer alt fra unge som står i fare for å utvikle et alvorlig rusproblem, til unge med tungt rusmiddelbruk, eldre med både psykisk og fysisk utfordringer til unge og eldre med ønske om å bli rusfri. I tillegg hadde institusjonene en bredde på sitt behandlerperspektiv der noen hadde fokus på livet etter avrusning, mens andre jobber med skadereduksjon og stabilisering. Studien har derfor fanget en bredde av ulike erfaringer som sannsynliggjør en uttømmende analyse.

Eksklusjonskriterier er ansatte som jobber mindre enn 100%.

2.2.2 Planlegging og innhenting av materialet

Fokusgruppeintervjuene ble ledet av Ayna Johansen, min rolle var som observatør. Det ble utformet intervjuguide i forkant som en del av forberedelsen for å fokusere på hva vi ønsket svar på. Fokusgruppene kjennetegnes med en ikke-styrende intervjustil, hvor det å få frem forskjellige synspunkter i gruppen om emnet var det avgjørende (Kvale & Brinkmann, 2009). Alle informanter ble forelagt taushetserklæring og informasjon om frivillig deltakelse, og om muligheten for å trekke seg når de måtte ønske. I forkant av intervju med leder og fagansvarlig ble det laget en semistrukturerte intervjuguide ut i fra den daværende foreløpig analyse av fokusgruppene. På den måten fikk vi komplementert og tettet en del av informasjonstilfanget.

2.2.3 Reliabilitet og validitet og analyse

I kvantitativ forskning er begrepene reliabilitet og validitet nødvendig for å vurdere kvaliteten på studiene. Validitet i samfunnsvitenskapen dreier seg om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke og reliabilitet retter seg mot forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. (Kvale & Brinkmann, 2009)

Reliabilitet – eller pålitelighet, handler om hvor konsistente funnene i undersøkelsen er. Høy reliabilitet skal kunne motvirke vilkårlig subjektivitet, som for eksempel ved at forskeren stiller ledende spørsmål for å påvirke svarene. For stor vektlegging av reliabilitet kan derimot hindre kreativ tenkning og variasjon (Kvale & Brinkmann, 2009).

Det er tre prinsipper som kjennetegner et case studie: a) triangulering, b) lage en case-studie database og c) kunne legge frem en kjede av beviser (Yin, 2003).

Alle intervjuene er tatt opp på bånd og blitt lyttet til gjentatte ganger både av intervjuer og observatør. Det er skrevet referat og deler av materialet er transkribert. I to av fokusgruppene ble det presentert et case, disse ble diskutert i mindre grupper for så å bli diskutert i plenum. Dette materialet ble problematisk å transkribere, og det ble derfor bestemt at det ikke var nødvendig, men i stedet skrive referat. Dette har ført til at opptakene er blitt lyttet til gjentatte ganger i arbeidet med å analysere materialet. Ved å lytte til materialet mange ganger har det ført til at nyansene i uttalelsene er blitt mer fremtredende. Det har styrket den hermeneutisk tilnærming (Hellesnes, 1988) som har ført til en utvidet forforståelse og dermed en mer objektiv gjenfortelling av narrative. Ved at begge har gått igjennom materialet flere ganger har dette gitt oss mulighet til å sammenligne data og utfylle hverandre på hvordan vi

tolker de utsagn og det intersubjektive samspillet som skjer i de ulike fokusgruppene og intervju. På bakgrunn av dette har vi diskutert og kommet frem til hva som har vært nyttig transkripsjon for vår forskning. Bruk av Nvivo for å kode og kategorisere funnene ble også benyttet, men kun i liten grad. VEL har utgitt mange dokumenter om eget arbeid, de har utarbeidet strategiplaner, evaluert egen praksis og foretatt brukerundersøkelser som alle er en del av det innsamlede materialet. Denne datatriangulering og opprettelsen av en case-studie database er med på å øke studiets reliabilitet.

Å danne en kjede av beviser betyr at det er en klar sammenheng mellom de spørsmålene som er stilt, data som er samlet inn og konklusjonene som er formulert. At leseren kan følge alle trinnene i undersøkelsen, vil øke reliabiliteten til studien (Yin, 2003). Ved studiets oppstart ble det laget en prosjektskisse hvor det ble utarbeidet en foreløpig handlingsplan. Etter innsamling av materialet ble det foreløpige resultatet presentert for fagansvarlig i VEL, diskutert og en videre tiltaksplan ble utformet. Resultatene ble sendt til alle deltakerne av fokusgruppene for gjennomlesning og spørsmål om tilbakemelding. Det kom ikke noen kommentarer fra deltakerne. På denne måten har vi presentert en kjede av bevis for forskningsprosessen.

Det er også opprettet en ekspertgruppe bestående av utvalgte representanter fra forskningsmiljø og brukerorganisasjonene. Det overordnede prosjektet vil bli forankret i denne ekspertgruppen, også for å sikre både validiteten og reliabiliteten.

Tolkning og analyse kan ikke skilles fra hverandre fordi arbeidet med å få oversikt over dataene også innebærer at forskeren tenker over dataenes betydning og utvikler perspektiver på hvordan dataene kan forstås (Thagaard, 2003).

Det er viktig å peke på tre utfordringer som i denne sammenheng kan svekke validiteten til tolkningen og analysen av det innsamlede materialet. Den holistiske feilantagelsen bygger på at forskernes førforståelse legger feilaktige føringer på tolkningen av datamaterialet.

Eliteskjevhet er en betegnelse som brukes når forskeren i for stor grad vektlegger ildsjeler i fortolkningsprosessen. Going native er videre en beskrivelse som brukes når forskeren blir en del av gruppen man studerer og dermed får vanskeligheter med å skille særtrekk og spesielle kjennetegn (Dalen, 2011). Ved å ha en utdanning fra UIO innen sosial fag kan det farge min forståelse og dermed også tolkning av materialet. De som ble plukket ut av ledere for å delta i fokusgruppene hadde alle en 100% stilling og var alle resurspersoner på de enkelte institusjonene. Ved å selv være ansatt på en av institusjonene kan dette ha vært en

påvirkningsfaktor ved å ikke ha god nok avstand til det som skal undersøkes. Dette ble gjenstand for gjentagende diskusjoner rundt tolkning av materialet og diskusjonen rundt hva som er ett funn og ikke med min veileder. Hennes teoretiske forforståelse komplimenterte min praksisnære tilnærming, og kan ha minimert denne påvirkningen.

2.4 Ethiske vurderinger

Det er sendt søknad til de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Carlsen og Staff et.al 2014). Alle deltakere fikk informasjonsskriv om prosjektet og dets hensikt, samt at alle vil bli tildelt samtykkeerklæring for signering. Prosjektet er vurdert til å være til nytte for både ansatte og klienter, vi har vurdert det til å være liten risiko å delta i prosjektet. Muligheten for interessekonflikter som kan oppstå vurderes som små, og prosjektet er søkt finansiert av statens forskningsråd.

2.5 Refleksivitet/ forforståelse

Jeg er ansatt i VEL og arbeider til daglig på Exit som er en av de institusjonene som er representert i fokusgruppen. Det at jeg har en dobbelt rolle kan være med på å skape en bias i studiet. Jeg har vært klar over dette og hatt dette oppe til stadig diskusjon med min veileder. For å unngå å fremstå som bias kan dette ha gått utover den deltakelse Exit har bidratt med inn i fokusgruppen, noe som kan ha forårsaket at andre informanter har blitt foretrukket. Som forsker er man alltid situert i en kontekst hvor egen habitus er med på å farge den måten verden anskues på. Å være seg dette bevist og kontinuerlig reflektere over hva man tar med seg inn i undersøkelsen og hvordan dette kan prege alle ledd i forskningsforløpet kan også antas og øke kvaliteten på studien. Ved å kjenne til de utfordringen og gleder det er å jobbe med denne brukergruppen, kan det ha gitt en dypere forståelse av fenomenet som undersøkes.

3 Kapittel

Det følgende er presentasjon av resultatene fra studien. Vi har her organisert og kategorisert hvordan medarbeideren i VEL `s institusjoner beskriver sin arbeidshverdag og hvilke tiltak som fremmer arbeidet med å skape mulighet for endring hos klientene. Vi ønsket å undersøke hvilke tiltak som blir benyttet for å tette tiltakskjeden i og utenfor Oslo Velferdsstatens institusjoner. Analysen beskriver de ansattes erfaringer med å jobbe med ruslidelser og hva slags tiltak de benytter.

3.1 Resultater

Ut i fra vår analyse er det to funn som beskriver de ansattes erfaringer med å jobbe med ruslidelser. Disse to funnene dekker de oppgaver de ansatte beskriver er det arbeidshverdagen består av og inkluderer:

1. **Dekke klientens basisbehov**, med følgende fem undergrupper

- 1.1. Verktøy for brukermedvirkning
- 1.2. Kriseplan
- 1.3. Skjerming og sikring
- 1.4. Relasjonsbygging og endringsarbeid.
- 1.5. Bruk av alternative løsninger til mattilskudd

2. **Brobygge mellom hjelpeapparatet og klienten**, med følgende seks undergrupper;

- 2.1. Skriftlig korrespondanse med NAV
- 2.2. Å "frem snakke" NAV
- 2.3. "Stammespråk" til spesialisthelsetjenesten
- 2.4. Henvisningsmyndighet
- 2.5. Planlagte tvangs- fremfor akuttinnleggelse.
- 2.6. Bruk av eksterne samarbeidspartnere

1. **Dekke klientenes basisbehov**

En av primæroppgavene til Vel `s institusjoner er å dekke beboernes basisbehov. Dette gjelder for begge type institusjoner, uavhengig om institusjonene jobber med personer i aktiv rus eller med krav til rusfrihet. De ansatte ser sine primæroppgaver å bestå av å legge til rette for gode rutiner på søvn og faste måltider for brukerne, være behjelpelig med å skaffe hygieneartikler og klær kan være viktig for noen. Noen brukere har behov for hjelp til å

kontakte familien sin, arbeidsplass eller skole. Flere av brukerne som har problemer med å ivareta personlig hygiene, og mange trenger hjelp til å betjene vaskemaskin og oppvaskmaskin. Det å lage egen mat kan for mange by på utfordringer. Samspill og relasjonell kontakt med andre kan for noen oppleves som utfordrende og noen ganger truende. Flere har kognitive utfordringer, om dette er som en senskade av bruk av rus, en konsekvens av at de er ruset eller fordi de har lettere kognitiv svikt som ikke har blitt diagnostisert, kan være vanskelig og skille fra hverandre. I beskrivelsen av sine arbeidsoppgaver definerte institusjonenes deltagere i stor grad arbeidet sitt som omsorg heller enn behandling. I omsorgsbegrepet ligger også en forståelse av viktigheten av å forme gode relasjoner til beboerne. Det å gripe fatt i øyeblikket å ta tak i de små endringene er blitt beskrevet av flere som viktig:

”Det er endringsutsagn....det er jo på en måte en slags cue for nå må vi jobbe med motivasjonene i forhold til endring.... Problemet hos oss er at det er for lite endring. Det er for sjelden vi ser endring.

Spesialisthelsetjenesten er de som i utgangspunktet skal drive med terapeutisk behandling og innen rusfeltet er det omsorg, rehabilitering og skadereduksjon som blir definert som arbeidsområdet. Likevel ser vi at mye av det arbeidet som blir gjort i disse institusjonene blir vurdert som behandling av de som utøver det. Rusfeltet har som tidligere nevnt flere aktører i spill, det er ofte spesialisthelsetjenesten som sitter med definisjonsmakten og det er de som setter diskursen. Et utsagn som gikk igjen fra samtlige institusjoner var: “vi gir behandling, men vi gir ikke behandling”.

Lederne i etaten spesifiserte i sitt intervju at: “Vi driver ikke behandling i terapeutisk forstand.. vi driver med rehabilitering, skadereduksjon og omsorg”. De poengterer slik en klar skillelinje mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes arbeidsområder. Spesialisthelsetjenesten har behandlingsansvar, de har enn annen bemanning og krav til faglig kompetanse enn VEL. Samtidig driver VEL med en form for behandling, de har fokus på å skape relasjonell kontakt gjennom rutiner med og opprette primærkontakter. De lager planer, både kortsiktig og langsiktig, og det stilles krav til å evaluere at dette blir fulgt opp. Likeledes ga de ansatte uttrykk for i fokusgruppene at det daglige arbeidet og oppfølging av klienten over tid ga en opplevelse av at dette kan defineres som behandling. En av informantene uttalte eksempelvis at:

*” vi driver jammen meg behandling vi i alle fall... ”
“dere bør se på ...og redefinere behandlingsbegrepet...for når de andre sa vi driver også behandling ..da tenkte jeg Yes! Ja men gjør vi ikke det da?”*

Samtidig ga de ansatte uttrykk for en anerkjennelse av at det er de strukturerte terapeutiske samtaler med psykolog eller psykiater, eller medikamentell substitusjonsbehandling, som i utgangspunktet defineres som behandling:

“Når man tenker behandling tenker man behandling over tid og...skal være en strukturert timesbehandling hos psykolog .. Vi er mer ad hoc virksomhet.. Du kan godt ha en gode samtaler, så skal du følge opp den samtalen da, men da er ikke vedkommende der, han gidder ikke, han orker ikke, han vil ikke snakke om det dere snakket om for tre dager siden, rusen tar overhånd.”

I motsetning til behandlingsinstitusjonene hvor folk kommer inn fordi de selv ønsker å motta behandling er VEL sine institusjoner i utgangspunktet et botilbud. Likevel opplever de som jobber der at interaksjon skaper mulighet for forandring:

“De er her på grunn av at de bruker mye rusmidler, så skal vi samtidig hjelpe dem med å tenke motivasjon i forhold til å endre seg... vi må ha to tanker i hodet samtidig, vi må både hjelpe dem der dem er men samtidig ha et mål om ..., det er jo som noen sa tidligere vi er også behandling, det er ingen som ønsker mer enn oss enn at disse folka skal få seg et bedre liv...”

1.1. Verktøy for brukervedvirkning

Brukermedvirkning er noe Velferdsetaten setter høyt og hvor de har tatt i bruk feedbackverktøy siden 2010. Alle institusjoner med unntak av akutt- og korttidsinstitusjonene skal benytte dette. Alle beboere skal ha en plan for oppholdet, ut fra hva den enkelte beboer mener det er viktig å arbeide med. Planen skal vurderes på resultat til fastsatte tider. Institusjonene har et sett av regler og rutiner, som varierer fra institusjon til institusjon. De institusjoner som krever rusfrihet ser ut til å ha flere strukturerte rutiner enn hva de institusjonene hvor beboerne er i aktiv rus. Mange av beboerne har utfordringer med psykisk og fysisk helse. Det er for eksempel ikke uvanlig å ha flere psykiatriske diagnoser, som personlighetsforstyrrelse, eller psykose. Ofte vet man ikke hvilke utfordringer de enkelte har før de kommer inn og det å møte mennesker med disse lidelsene kan være utfordrende for personalet. De ansatte forteller de benytter Plan og Resultatmål og feedbackverktøy (KOR) for å klare å skape brukervedvirkning i en setting som lett kan bli utrygg. Noen brukere har spesielle problemområder og det kan til tider være vanskelig å skille mellom hva som er atferd og hva som er symptom. For eksempel, en atferd kan være aggressiv, eller ruspåvirket, men kan også være symptom på en psykose. Da vil ikke nødvendigvis standardiserte skjemaer fange opp dette, og man må bruke andre metoder. Som uttrykt av en ansatt;

“vi samler observasjoner.”

1.2 Kriseplan

Når regler og rutiner institusjonen som ikke overholdes fører dette som oftest i en prat med vedkommende og en medarbeider, primærkontakt eller leder. I de fleste tilfeller løser dette seg, det er når det oppstår situasjoner hvor vold og trusler om vold at man opplever de største utfordringene. Dette fører som regel til utskrivning, noe man i utgangspunktet ikke ønsker. VEL har hatt fokus på dette over lang tid og mange av de ansatte har fått opplæring i håndtering av vold for å forebygge utskrivninger. En felles regel for alle institusjoner er at vold og trusler om vold fører til utskrivelse. Når de regler og rutiner institusjonen har ikke overholdes fører dette som oftest i en prat med vedkommende og en medarbeider, primærkontakt eller leder. I de fleste tilfeller løser dette seg. Et av de verktøy man bruker for å forebygge bruk av vold og dermed unngå utskrivning er å lage en kriseplan:

”Vi har opplevd en eskalering av vold og harsett behovet for..... kriseplaner til beboere i forkant og i starten av oppholdet.”

1.3. Skjerming og sikring

I de rusfrie institusjonene er det rutiner for hva som skjer ved brudd på regelen om å ruse seg. Alkometer og urinprøvetaking er eksempler på hvordan man håndhever disse reglene. Ved å skjerme vedkommende på eget rom, eller bruke andre institusjoner for et midlertidig avrusningsopphold, forsøker man å hjelpe vedkommende til å fortsette å bli værende på institusjonen. Ved gjentatt brudd på denne regelen vil vedkommende bli skrevet ut:

“Intervjuer: Hva slags formaliserte rutiner har dere for å håndtere en glipp eller tilbakefall?”

Inst: Skjerming eller bortvisning, skjerming er at de må oppholde seg på rommet, spise og drikke der og ikke være sammen med andre. Hvis det ikke virker er det bortvisning...å så og få de inn til avrusning slik at de kan komme tilbake.”

På de institusjonene med aktiv rus er det andre regler og rutiner. Der er det ikke krav til rusfrihet, men det likevel forbud mot å ruse seg. I følge Norsk lov er det forbudt å bruke illegale rusmidler. Det er også på flere av institusjonene ikke lov å drikke alkohol, likevel brukes det rusmidler av alle slag. Det oppstår et dilemma da det på den ene siden ikke er lov å ruse seg på institusjonen, mens det på den andre siden er brukeren ikke lenger i målgruppen hvis brukeren ikke ruser deg. Dette er et dilemma som alle de i aktiv rus må forholde seg

til og hvor krav til rigide regler ikke er konstruktivt. En felles regel for alle institusjoner er at vold og trusler om vold fører til utskrivelse.

1. 4. Relasjonsbygging og endringsarbeid

Alle institusjonene forteller at de oppretter primærkontakter til beboerne så fort de kommer inn. Denne rollen innebærer at det er en person som i hovedsak skal ivareta beboernes interesser både i institusjonene og som bindeledd mellom eksterne aktører og institusjonen. Rollen innebærer å skape allianse, ha de dype samtalene og ha oppfølgingsansvar.

“Relasjonen med primærkontakten er kjempeviktig...vi tilbyr samtaler for å være med å jobbe med de indre prosessene hvis man må forholde seg til mange vil man ikke føle seg så trygg. Det tar litt tid å kjent.”

Det er også et ønske om å bidra til å skape en bevegelse eller endring hos beboerne. Gjennom gode samtaler med primærkontaktene ønsker man å få til en god relasjon som kan føre til et ønske om endring. Her oppleves det store forskjeller mellom institusjonen i aktiv rus og de rusfrie. Tilgjengeligheten for relasjon ser ut til å være større i de rusfrie institusjonene:

”Det er veldig annerledes å jobbe på en rusfri institusjon, det er en helt annen måte å jobbe på. Man hjelper folk på et annet stadiet enn på lavterskel, de som bor der har et større ønske om å komme seg i behandling eller boligman ønsker at folk skal få til det de har satt seg som mål”

Mange brukerne på lavterskelinstitusjonene er blitt gitt opp og forventningene man stiller til dem ser ut til å bevege seg mellom normalforventning og ingen forventninger. Det å bli møtt med individuelt tilpassede forventninger er noe alle mennesker ønsker. Gjennom en god relasjon kan man møte den enkelte der de er og tilpasse forventningene deretter:

“Jeg forventer faktisk noe når de er hos oss. Det kan være når det gjelder adferd, at du får stelt sår,at du kan dusje en gang i måneden, at du kan få tenner, at du kan ringe moren din, at du kan oppføre deg noenlunde innenfor en viss norm, at vi kan gå ut og ta en kopp kaffe... det trenger ikke å være de store fine om at jeg skal bli rusfri, jeg er veldig lite opptatt av å ta fra folk rusen, det er en grunn til at dem ruser seg og vi må finne den først før vi tar fra de rusen.”

Noen oppleves som “behandlingsudyktige”. Dette er et begrep som benyttes for å beskrive situasjoner der troen på forandring hos hjelpeapparatet er borte.

“Behandlingsapparatet snakker om motivasjon som noe du kan måle.....så går det fra og si at du er ikke motivert nok til at i de aller verste tilfellene bruker de fagtermen behandlingsudyktig...da er man legitimt marginalisert....og det er jo helt helt grusomt.”

De som ble beskrevet som de største utfordringene er beboere som har store psykiske utfordringer, men ikke ønsker behandling. Denne gruppen ble beskrevet som enten “introverte og tilbaketrukne eller høylytte og utagerende”, altså en gruppe fordelt på to ulike interpersonlige problematikker. Den relasjonelle kontakten kan til tider være utfordrende på grunn av psykosier eller realitetsbrist, dette kan skyldes både psykisk lidelse eller grunnet bruk av rusmidler:

“På lavterskel institusjon er det vanskelig å kartlegge psykisk syke mennesker når de er i aktiv rus, og fungerer så dårlig.. de er veldig paranoide og redde hele tida det handler bare om å trygge.”

1.5. Bruk av alternative løsninger for mattilskudd

De forskjellige institusjonene har forskjellige ordninger når det gjelder mat. For noen er det et ledd i rehabiliteringen at de selv skal gjøre innkjøp og lage mat. Til tross for at omsorg ligger høyt som fokus i etatens sosiale arbeid mangler noen av institusjonene økonomisk dekning til mat på sine budsjett, noe som er politisk styrt. Mat er forebyggende for psykisk og fysisk helse og reduserer risiko for overdose. Exit og Syningom har full kost mot økt betaling fra NAV. Flere ansatte mener at det å lage mat sammen er en god måte å skape relasjon og at det er en arena for å kartlegge boevne og kognitiv fungering hos beboeren. Det uttrykkes derfor en generell frustrasjon fra både ledelsen og ansatte ved institusjonene over at de må benytte alternative løsninger for å dekke mattilskudd. En ansatt uttrykte:

“Vi trenger ikke heroinbehandling før vi har fått mat”. En fra ledelsen i VEL uttrykte likeledes at “vi skal lære folk å få boevne, hvordan kan vi lære folk å lage mat når vi ikke har noe mat og lage - skal vi tegne den?”

I kommunal sammenheng er det i utgangspunktet ikke lov å ta imot gaver eller veldedighet fra utenforstående aktører. Det har i de siste årene kommet mange veldedige organisasjoner som gir ut mat og klær til de som trenger det. Det er også bakerier som har ringt til

forskjellige institusjoner for å tilby de å hente bakervarer som vil bli kastet. Det er fler og fler kommunale institusjoner som benytter seg av disse tilbudene på grunn av innsparing og kutt i økonomiske rammer. Noen av institusjonene går derfor også utenom regelverket for å finne alternative løsninger slik at de kan gi sine beboere et tilbud om mat:

“For mange år siden skulle vi ikke tigge men det har vi forandret oss på. Vi har godtatt at vi må tigge etter mat....nå tar vi imot mat fra gatebarnas far.”

2. Brobygge mellom klient og hjelpeapparat

Flere av institusjonene brukte begrepet “å brobygge” mellom klienten og hjelpeapparatet som en viktig primær oppgave. For å få til et godt samarbeid er den relasjonelle kontakten med både beboer og ansatte i behandlingsapparatet viktig. Det blir beskrevet at forholdet til andre aktører i feltet handler blant annet om tilgjengelighet, stammespråk, felles forståelse og respekt for hverandres arbeid. For å skape flyt og unngå “drop outs” fra gode rehabiliteringsforløp eller unødvendig venting på videre tiltak er gode samarbeidsrutiner viktig.

2.1. Skriftlig korrespondanse med NAV

NAV er en viktig samarbeidspartner. Alle beboerne er i kontakt med NAV, og det er NAV som dekker de økonomiske utgiftene for oppholdet. Beboerne er avhengig av på mange områder. NAV kan fatte vedtak som er i klientens interesse, sende søknader inn i spesialisthelsetjenesten eller andre aktører i feltet. De har mulighet til å henvise til avrusning. Den enkelte saksbehandler er den som deltar på samarbeidsmøter mellom beboer og institusjonen og er med på å lage videre planer for fremtiden. Mange av institusjonen har som et av sine mål og hjelpe til med å finne et mer egnet sted. For å få til dette raskest mulig er det viktig med et godt forhold til NAV. Til tider kan NAV være utilgjengelig, saksbehandler kan være mye borte, eller relasjonen mellom NAV konsulenten og beboeren kan være dårlig. Det er forskjellig praksis på de forskjellige NAV kontorer, og kunnskap om rus kan se til å være varierende. Noen kontorer har egne ruskonsulenter, men dette gjelder ikke alle. Det ble beskrevet at ruskonsulentene hadde mer kunnskap om rus og det ble lagt vekt på at de ofte hadde en lengre erfaring og derfor bedre kjennskap til blant annet problematikken rundt rus og psykiatri.

Mye av kontakten med NAV foregår via telefonsamtaler og møtevirksomhet og elektronisk korrespondanse. Det ble beskrevet at NAV til tider kan være vanskelig å nå. Det kom også

frem at noen NAV konsulenter var vanskeligere å nå enn andre og ikke alle var interessert i å møte klienten sin. Ved å sende NAV et brev i stedet for en elektronisk melding, fører det til at korrespondansen blir registrert siden dette er regulert i forvaltningsloven . Reglene sier også at et brev må besvares innen en viss frist, noe som fremtvinger en kontakt.

“Når vi ikke klarer å få kontakt med saksbehandler så løfter vi det opp til teamleder på NAV, det er viktig å skriftliggjøre det, når du ikke får svar på mail så må du putte det i en konvolutt å sende avgårde...da må de svare på et annet vis, det må journalføres, er det slik at saksbehandler er på kurs eller ferie eller sykemeldt så vil jo ingen få den mailen du sender...da må det ihvertfall inn og registreres og behandles av noen da.”

2.2. “Å fremsnakke NAV”

Mange av brukerne i VEL er helt avhengige av NAV. NAV er den etaten som yter økonomisk støtte, fatter vedtak om behandling, er med på å skaffe til veie leilighet, skoleplass, praksisplass eller andre tiltak. Det er mange klienter som har et dårlig forhold til NAV og de søker ofte bekreftelse på sin misnøye fra ansatte i hjelpeapparatet. Det ble gitt uttrykk for at de ansatte ikke ønsket å bygge opp under misnøyen mot NAV, men heller bevisstgjøre klienten om hvilke hjelpeinstans NAV faktisk er. Ved å hjelpe klienten til å se hva NAV kan hjelpe til med, i stedet for å være med på å bygge opp under misnøyen, blir de ansatte en brobygger mellom NAV og klienten. Holdningen uttrykkes ved følgende utsagn:

“Vi skal ikke være klientens advokat, som det var en kultur på tidligere.... NAV er vår samarbeidspartner og klienten får best mulig nytte av det hvis vi kan samarbeide godt med NAV”

De ansatte forteller at mange av beboerne i VEL har problemer med å henvende seg til offentlige instanser og har lite kunnskap om hvordan man skal oppføre seg i det offentlige rom. Mange har mye angst, eller er så ruset, at de ikke klarer å snakke med saksbehandler eller bankforbindelser. *“Mange er dårlige til å kommunisere sine behov, ofte kan de skjelle ut saksbehandler , og det fører ikke til så mye bra... tar jeg en telefon kan det hjelpe”*. Beboerne kan føle at de ikke når igjennom fordi de har et rusproblem, og måten de blir møtt på skaper følelsen av å bli krenket. De velger derfor ofte å unngå slike situasjoner som kan skape denne følelsen:

“Vi ønsker å skape gode relasjoner med NAV på klientens vegne og ved å bli med de eller ta noen telefoner for de hjelper ofte”

2.3. “Stammespråk” til spesialisthelsetjenesten

Skillet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er noe som er nevnt som et problematisk området. Velferdsetaten opplever å ha mange beboere som sliter med psykiske lidelser i tillegg til sitt rusproblem. Mange er i behov av tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Godt samarbeid med Distriktpspsykiatrisk senter (DPS) er viktig. De fleste har et godt forhold til spesialisthelsetjenesten og er i allerede fungerende behandlingsforløp. De største utfordringene er de brukerne med psykiske lidelser som ikke selv ser at de er i behov av hjelp eller som ikke ønsker hjelp. Det kan være psykoselidelser som gjør at det er behov for en eventuell innleggelse. I disse tilfellene kan det samarbeidet oppleves som problematisk og det å ha kunnskap om den andre etats stammespråk ble av noen beskrevet som en døråpner. Alle etater har sitt eget stammespråk, De ansatte mener bruk av skjemaer eller psykologiske tester er viktige i kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten.

“vi bruker standardiserte skjemaer som SCL- 10 (Symptom Check List)..... for å kartlegge beboerne”. Spørreskjemaer klientene har svart på kan taes med inn i møte, eller en legetime og hjelpe til med å gi en beskrivelse av den psykiske tilstanden. Fredensborg fortalte at de “ikke bruker noen formelle skjemaer... men vi samler observasjoner. Da er stammespråket veldig viktig da...hva man kaller ting...skal man kalle det et symptom eller skal man kalle det atferd”.

På spørsmål om hva som menes med stammespråk i forskjeller mellom VEL og spesialisthelsetjenesten, forteller de ansatte at en ved å ha kjennskap til stammespråket fra før kan bidra til å skape bedre forløp for klienten:

“Språket er viktig.. jeg har jobbet i barnepsykiatrien og man snakker ganske annerledes, og det at jeg har med et type språk fra en annen jobb det merker jeg har gitt meg større gjennomslag når jeg har tatt en telefon.”

2.4. Henvisningsmyndighet

Det ble beskrevet at det å ha lege tett på beboergruppen, med rett til å henvise videre i spesialisthelsetjenesten, åpnet for positive forløp. I de tilfeller hvor en beboer blir psykisk syk og man velger og tilkalle lege kan dette være en belastende situasjon for beboeren, men også for personalet. Det kan oppstå situasjoner hvor legen ikke lytter til de ansattes observasjoner av beboeren. Det kan også være at beboeren ikke ønsker en innleggelse og klarer å fremstå som ikke psykotisk for en kort periode. Dette kan medføre at legen velger å ikke intervenere. Det ble beskrevet at ved å ha en lege tett opp til klient gruppen kan det gjøre forholdet til

spesialisthelsetjenesten enklere, personalets observasjoner ble lyttet til, og man unngikk unødig bruk av legevakt når innleggelse ikke var nødvendig.

”Vi har egen lege i forbindelse med Lasso.... og det merker vi har stor betydning i enkelte tilfeller for langtidsoppfølging av pasienter som er kronisk syke somatisk eller pasienter som har alvorlig psykisk lidelse. Det og ha henvisningskompetanse nært pasienten som i utgangspunktet har litt utfordringer med å uttrykke sine behov på en måte som er forståelig i spesialisthelsetjenesten ... vi har god hjelp av å ha den kompetansen nært oss.”

2.5. Planlagte tvangs- fremfor akuttinnleggelser

Det er mange beboere som har store psykiske problemer. Hos noen er dette dokumentert i forkant, hos andre kan dette oppstå mer akutt. Institusjonene kan se at det er behov for mer hjelp enn de er i stand til å gi. Det kan skje at situasjonen tilspisser seg, vedkommende blir lagt inn akutt i psykiatrisk institusjon for så å bli skrevet ut igjen etter få dager. Dette oppleves av ansatte som tungt:

*“Det jeg syntes er veldig vondt hos oss er at vi ser en dame kommer som har opplevd veldig mye, som sier nei til hjelpeapparatet, de har veldig mange dårlige erfaringer, og så prøver vi å holde på dem, men så går det til at de blir så syke at vi ikke får til noe mer og da må vi ringe legevakt og da er det tvang. **Det er liksom ingen ting i mellom**, så går det 1 til 2 døgn så kommer de tilbake, så går det noen dager enten så er det bra fordi de har trengt å sove ut eller så er det på `n igjen.”*

Noen av beboerne blir beskrevet som “*svingdørspasienter*”. De går inn i akuttpsykiatrien for noen dager for så å bli skrevet ut etter kort tid. Det ble vurdert som mer konstruktivt å søke vedkommende inn i et planlagt tvangsopphold som varer over tid og som gir mulighet for å utredning. Dette samarbeide på tvers av profesjonene skapte mer positiv effekt for brukeren:

“Men jeg ser også at når det vi har fått til et par ganger de siste årene, - det er ikke veldig ofte men når vi klarer det, og at pasienten ikke vil, at de i mye større grad klarer å legge til rette for at det blir strukturerte tvangsopphold med observasjon og ikke akutt innleggelse i akuttpsykiatrien på tvang med politiet osv... men at vi får planlagte tvangsopphold også i psykiatrien for folk med alvorlig psykoseproblematikk. Det er lange prosesser, det tar ofte et halvt år og kanskje mer før vi får de tingene til. Det skal mange runder og mange leger inn for å mene noe om dette er nødvendig eller ikke, men det gir et rom for å få til en mye mere

alright bruk av tvang enn at vi tvangsinnlegger akutt med politiet og inn på akuttpsykiatriskog ut igjen, det er veldig sjeldent spesielt hensiktsmessig.”

2.6 Bruk av eksterne samarbeidspartnere

I de institusjonene med krav til rusfrihet er det i situasjonene hvor klienten får et tilbakefall det oppstår sårbare situasjoner. Det er derfor viktig at klienten får et snarlig tilbud om avrusning. Til tider kan dette stoppe opp fordi det ikke er plass eller misforståelser i henhold til hvem som skal skrive henvisning eller lignende. Klienten kan derfor bli gående uten noe sted å bo og kan stå i fare for å ende tilbake på lavterskel institusjon i påvente av en avrusingsplass. Faren for varig tilbakefall blir større jo lengre tid det tar. Det kan i verste fall ende med utskrivning fra institusjonen, slik som uttrykt av en ansatt:

“kom ikke inn på RAM da han skulle, så nå har det tatt...4 til 6 uker og nå er han tilbake til oss igjen. I stedet for at det kunne ha gått noen få dager da.”

Ved å samarbeide med lignende institusjoner som en selv eller finne andre alternative løsninger kan man unngå utskrivelse:

“Vi samarbeider med Fredheim for å hjelpe hverandre hvis det oppstår situasjoner...Det hender jo det at kanskje man må overføre til tilnærmet likt tiltak hvis det oppstår problemer.. Vi ønsker ikke å skrive folk nedover igjen i tiltakskjeden for å forhindre at det kanskje blir noen nye rusepisoder, vi prøver å forebygge at de ikke havner på lavterskel igjen...Ved rusepisoder så prøver vi å forhindre at det ender i en utskrivelse.”

4 Kapittel

4.1 Diskusjon

Studien organiserer og kategoriserer hvordan medarbeidere i VEL's institusjoner beskriver sin arbeidshverdag, og tiltak som fremmer endring hos klientene. Studien har benyttet et kvalitativt case- study som valgte forskningsdesign med bruk av fokusgrupper og dybdeintervjuer med ledere og mellomledere. Analysen er gjennomført med den hensikt å beskrive tiltak som blir benyttet for å tette tiltakskjeden i og utenfor VEL's institusjoner. Analysen beskriver også ansattes erfaringer med å jobbe med ruslidelser. Institusjonens ansatte beskrev sine arbeidsoppgaver som primært å 1). Dekke beboernes basisbehov med følgende undertemaer. 1.1.) Verktøy for brukermedvirkning 1.2.) Kriseplan, 1.3). Skjerming og sikring. 1.4.) Relasjonsbygging og endringsarbeid, 1.5). Bruk av alternative løsninger til mattilskudd. I tillegg beskrev de ansatte arbeidshverdagen som å handle om å være 2. Brobygger mellom klienten og det øvrige hjelpeapparatet, med følgende undertemaer 2. 1.)Skriftlig korrespondanse med NAV, 2.2). Å "frem snakke" NAV, 2.3.)"Stammespråk" til spesialisthelsetjenesten, 2.4) Henvisningsmyndighet 2.5) Planlagte tvangs- fremfor akuttinnleggelser, og 2. 6.) Bruk av eksterne samarbeidspartnere.

1.1.Verktøy for brukermedvirkning

Som en del av praksisen benytter VEL et verktøy som er politisk bestemt at skal implementeres i alle institusjonene, Plan og Resultatmål og feedbackverktøyet Klient- og resultatstyrt praksis. (KOR). Dette verktøyet brukes for å se resultater av det arbeidet som blir gjort, og for å ivareta brukermedvirkning. Det er også en måte for den enkelte miljøarbeider å få tilbakemeldinger på samtaleferdigheter gjennom å bli målt av beboeren via feedbackverktøyet KOR.

KOR er utviklet av Scott Miller og Barry Duncan (Korus, 2016).

Verktøyet består av to enkle skjemaer med 4 skalaer. Det ene er et skjema for endringsvurdering; Outcome Rating Scale (ORS) som inneholder personlige, mellommenneskelige, sosiale og generelle dimensjoner. Det andre er et skjema for samtalevurdering; Session Rating Scale (SRS) som omhandler forholdet mellom pasient og terapeut, mål og tema, metode og generelle dimensjoner (Velferdetaten, 2016).

Velferdsetaten har gjort en evaluering av bruk av KOR og resultatene er sammenfallende med det vi fant. Informantene våre ga uttrykk at bruk av verktøy for brukermedvirkning er med på å skape en struktur som fremmer gode relasjoner. I sin evaluering trakk de ut to viktige premisser som måtte være på plass for at KOR skal kunne benyttes på en hensiktsmessig måte. Det var 1)Trygghet og 2)Kreativitet/tilpasning. Nesten alle som ble intervjuet fokuserte på at egen kompetanse og støtte fra kollegaer hadde avgjørende betydning for om de følte seg trygge på å bruke KOR (Velferdsetaten, 2016).

Det ble sagt i fokusgruppene at det til tider kunne være vanskelig og lage fastsatte avtaler og at det var viktig å være fleksibel å ta ting på sparket. Dette sammenfaller med funnene fra undersøkelsen til VEL. De fant at det var en såkalt vedtatt sannhet at en del beboere lider av “skjemavegring” og nektet å ha noe med papir å gjør. Gjennom høy grad av fleksibilitet og kreativitet fra de ansatte fant de andre måter å løse dette på. Noen snakket med beboerne for så å fylle ut skjema i etterkant, for på den måten å ufarliggjøre det. De fant at noen beboere hadde problemer med å forstå de prikkete linjene på skjemaet, da de ikke klarte å se sammenhengen mellom en skala fra 0-10 og markeringen på linjen. De kunne sette markøren på 3 i stedet for 8 (Velferdsetaten 2016).

Dette sammenfaller med det våre informanter påpekte, at det kan være vanskelig å fylle ut skjemaene fordi det kan være utfordrende å skille mellom atferd og symptom. De uttrykte viktigheten av å kjenne brukeren godt. Ved å observere brukeren over tid var det enklere å få en felles forståelse for utfylling av skjemaet. Ved bedre kjennskap til brukeren ble det lettere å unngå misforståelser og feil i målingene.

Vi finner også at i andre lavterskeltilbud er brukerne opptatt av å medvirke til å påvirke sitt tilbud.

Bergensklinikkene arbeider med personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengige, på behandlingsnivå. Deres erfaring med bruk av KOR er sammenfallende på mange områder, de oppsummerer pasienterfaringen både positivt og negativt. Deres pasienter sa på den ene siden at det er negativt å måtte fylle ut enda et skjema og ga uttrykk for at de opplever dette som meningsløst. Andre ga uttrykk for at de angstreaksjoner da de allerede har skjema angst. Noen av de ansatte uttalte at de opplevde at enkelte gikk lei og at det ble en vane. De følte at validiteten av tilbakemeldingene kunne påvirkes av klientenes opplevelse av behovet for å være høflige og gi karakterer til behandleren (Skutle, 2015).

1.2 Kriseplan

En av de verktøy man bruker for å forebygge bruk av vold og dermed utskrivning, er å lage en kriseplaner for de med utagerende atferd. Flere av brukerne var gjengangere og dermed kjent på flere av institusjonene. Gjennom å lage en kriseplan for utagering opplever noen av institusjonene at dette virket forebyggende. Det finnes standardiserte verktøy for dette internasjonalt (<https://store.samhsa.gov/shin/content/SMA-3720/SMA-3720.pdf>) som gir en indikasjon på at dette brukes aktivt utenfor VEL`s institusjoner som verktøy for relasjonsbygging og brukervedvirkning.

Ut i fra definisjoner hentet fra NKVT`s rapport om “Voldsforebygging i Norge, aktiviteter og tiltak mot vold i nære relasjoner” ser vi at VEL jobber med dette på forskjellige nivåer. Universell forebygging viser til strategier som rettes mot hele populasjonen uten hensyn til risikovurdering (Saur, Hustad, & Heir, 2011). Vi ser at VEL har internopplæring for de ansatte i institusjonene som retter seg mot å forebygge vold generelt. Selektiv forebygging brukes om de tiltak som rettes mot spesielle grupper som er risikoutsatt (Saur et al, 2011). Internopplæring retter seg mye mot dette gjennom å bevisstgjøre miljøterapeutene på egen kommunikasjon og gi de verktøy for hvordan unngå eskalering fra aggressiv atferd til bruk av vold ved å eksemplifiserer med reelle situasjoner som man har erfart tidligere. Indikativ forebygging betegner de tiltak som retter seg mot individer som har vært utsatt for vold, har utøvet vold eller på annen måte er berørt (Saur et al, 2011). Dette finner vi igjen ved at det lages kriseplaner. Det er også tett samarbeid med bedriftshelsetjenesten for å ivareta ansatte som har vært utsatt for vold. Sekundærtraumatisering var et tema som kom opp i fokusgruppene og hvor det ble etterlyst mer oppfølging og opplæring rundt dette temaet. Dette støttes av forskning og spørsmålet er ikke om man blir påvirket av å være vitne til vold og traumer hos andre, men hvordan og hva som blir gjort med det (Isdal, 2008) (Bang & Nilsen, 2003).

1.3 Skjerming og sikring

Fra analysen blir det tydelig at de ansatte er opptatt av å forebygge tilbakefall. De strakk seg langt for å finne alternative løsninger samtidig som de så behovet av å ivareta de andre beboerne og institusjonens regler om rusfrihet. Blant brukerne av institusjonene er ”drop out” fra behandling og tilbakefall et velkjent problem (Helsedirektoratet, 2012).

Rusbehandling er en langvarig prosess og krever utholdenhet både fra klienter og behandlerens side. Det er i den langvarige relasjonen, hvor beboeren kan feile uten å bli avvist, at man oppnår resultater og hvor det skapes trygghet i tider preget av nederlag og tilbakefall (Lossius, 2011). Dette summerer opp viktigheten av å ikke gi opp ved tilbakefall. En undersøkelse fra 2011 hvor det spørres “Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling” får de til svar at trygge rammer og god mottakelse ble fremhevet som viktig. De fleste likte klare regler og struktur på institusjoner, men romslighet i forhold til regler ble også ønsket, slik at man ikke mistet tilbudet (Dahle & Iversen, 2011). Dette betyr at man ønsker alternative løsninger for skjerming riktignok av frivillig karakter slik at faren for langvarig tilbakefall minsker.

1.4 Relasjonsbygging og endringsarbeid

Det fremkommer av materialet at gode relasjoner mellom ansatte og brukere var et tilbakevendende tema.

Gjennom gode samtaler med primærkontaktene ønsker man å få til en god relasjon som kan føre til et ønske om endring. Her fremkommer det forskjeller mellom de institusjonen der beboerne er i aktiv rus og de med krav om rusfrihet. Beboernes tilgjengelighet for relasjon ser ut til å være større i de rusfrie institusjonene, flere ansatte ga uttrykk for at det å være ruspåvirket gjorde det vanskeligere å oppnå kontakt og komme i posisjon for endringsarbeid. Tidligere forskning viser at en god relasjonen mellom hjelper og bruker har stor betydning. Denne relasjonen er viktig for at beboeren skal kunne nyttiggjøre seg av hjelpetiltak, både internt og eksternt (Skatvedt & Edland-Gryt, 2012). Gode relasjoner og intersubjektivt samspill er essensen i all psykoterapi og tilknytningsteori (Stern, 2010) (Røkenes & Hanssen, 2006) (Svendsen, Johns, Brautaset, & Egebjerg, 2012) (Broberg, Almqvist, & Tjus, 2006).

I analysen fremkommer det at den relasjonelle kontakten kan til tider bli utfordret på grunn av psykoser eller realitetsbrist. Dette kan skyldes både psykisk lidelse, kognitiv svikt eller grunnet bruk av rusmidler. Bruk av primærkontakter, KOR, kriseplan synters alle å være gode verktøy for å bygge relasjon.

Samtlige institusjoner som deltok i studien sa at de “driver behandling men de driver ikke behandling”. Med dette skilte de ansatte mellom behandling, som i innsiktsbasert eller

medisinsk behandling som gis i TSB, og omsorg, rehabilitering og skadereduksjon, som gis i VEL's institusjoner.

I analysen fremkommer det at mange av informantene gir uttrykk for at primæroppgavene som utføres er av stor betydning for å dekke beboernes omsorgsbehov. Disse arbeidsoppgavene sammenfaller med definisjon av miljøterapi (Larsen, 2004).

Uavhengig av hvor god relasjon en miljøarbeider eller terapeut har til en beboer er det ikke mulig å arbeide på et annet menneskets forandring og utvikling uten at det selv er delaktig. Det er personen selv som må arbeide på oppgaven om forandring og utvikling.

Miljøterapeuten kan romme smerten og være behjelpelig i bearbeidelsen av den, men må ikke forledes til å tro at behandling kan skje uten den andres ønske om endring (Larsen, 2004).

1.5. Bruk av alternative løsninger for mattilskudd

Til tross for at omsorg ligger høyt som fokus i etatens sosiale arbeid mangler noen av institusjonene økonomisk dekning til mat på sine budsjett, noe som er politisk styrt. Mat er forebyggende for psykisk og fysisk helse og redusere risiko for overdose.

Noen av institusjonene valgte å gå utenom regelverket for å finne alternative løsninger slik at de kan gi sine beboere et tilbud om mat. Andre studier underbygger servering av mat som et tiltak til å bygge relasjon og komme i posisjon til brukeren (Skatvedt & Edland-Gryt, 2012).

24sju beskriver den samme praksisen med å ta i mot restemat fra Deli De Luca og Åpent bakeri. 24sju opplevde at maten fikk så stort fokus, og hvor de opplevde at flere brukere som nødvendigvis ikke var i målgruppen kom for å spise. Dette førte til at de ansatte opplevde at de på enkelte vakter jobbet som kafeverter, noe som innskrenket muligheten til faglig arbeid. De valgte derfor å servere havregrøt i stedet, da de ønsket å ha matservering. De valgte å ha sukker direkte i grøten da de påstår at "rusmiddelmisbrukere er kjent for å bruke mye sukker fordi de opplever en ekstra energi og "får et slags kick"(Skatvedt & Edland-Gryt, 2012), noe som flere av institusjonene i VEL kjente seg igjen i da de ikke serverer sukker i sine institusjoner. Problematikken rundt å bli kafevert er ikke sammenfallende med VEL da deres institusjoner er regulert i henhold til antall brukere.

2. Brobygge mellom hjelpeapparatet og klienten, med følgende seks undergrupper;

Brobygging og samarbeid med eksterne aktører.

Disse funnene beskriver tiltak som blir benyttet for å sette tiltakene utenfor VEL og i samarbeid med eksterne aktører. Funnene i gruppe 1 er beskrivelser på individnivå, mellom de ansatte og brukeren og tjenestenivå som er brukeren, de ansatte og institusjonens regler og rutiner.

Funnene under er på systemnivå/politisk nivå og handler om det eksterne samarbeidet. Rusfeltet som helhet kan man se på som det Bourdieu kaller felt, samtidig som det igjen er inndelt i mindre felt. Aktørene som for eksempel NAV og spesialisthelsetjenesten kan også forstås som egne autonome felt.

Disse tre felt som her er nevnt, NAV, spesialisthelsetjenesten og Vel skiller seg fra hverandre i grad av autonomi, men de har en felles interesse av å beholde makten over grupper og felt på lavere nivå (Aamodt, 2011).

2.1. Skriftlig korrespondanse med NAV

NAV er en viktig samarbeidspartner. Alle beboerne er i kontakt med NAV, og det er NAV som dekker de økonomiske utgiftene for oppholdet. De kan fatte vedtak som er i klientens interesse, sende søknader inn i spesialisthelsetjenesten eller andre aktører i feltet.

Mange av institusjonen har som et av sine mål og hjelpe til med å finne et mer egnet sted. For å få til dette raskeste mulig, er det viktig med et godt forhold til NAV. Til tider kan NAV være utilgjengelig, saksbehandler kan være mye borte, eller relasjonen mellom NAV konsulenten og beboeren kan være dårlig.

Ved å sende NAV et brev i stedet for en elektronisk mail fører det til at brevet blir registrert og må besvarer etter gjeldende regler (Forvaltningsloven, 2016).

Vi finner at dette er eksempel på gode modeller for samhandling. Ved å lage formelle samarbeidsstrukturer signaliserer man en forpliktelse overfor samarbeidspartner og bruker. Her er man handlingsorientert og opptatt å og skape et godt samarbeid (Pettersen & Rudningen, 2014).

2.2. Å "fremsnakke" NAV

Det er mange klienter som har et dårlig forhold til NAV og de søker ofte bekreftelse på sin misnøye fra ansatte i hjelpeapparatet. Ved å hjelpe klienten til å se hva NAV kan hjelpe til med i stedet for å være med på å bygge opp under misnøyen, blir de en brobygger mellom NAV og klienten.

I evalueringen av 24sju retter de seg mot en gruppe som også i stor grad har falt utenfor det eksisterende hjelpeapparatet. De finner at mangel på tillit til og opplevelsen av å være sviktet og motarbeidet av hjelpeapparatet er høy innenfor denne gruppen. De finner at denne mangelen på tillit innvirker på om de søker hjelp eller ikke, hva slags hjelp de ber om og relasjonen til hjelperen. Mangel på tillit og fravær av håp ser ut til å bidra til at terskelen blir høy for mange (Skatvedt & Edland-Gryt, 2012).

Dette viser at det er viktig å brobygge mellom NAV og beboeren. Ved å få et annet forhold til NAV kan dette føre til mer positivt behandlingsforløp.

I ny stortingsmelding om NAV er det blitt gjort flere endringer og en av de er økt tilgjengelighet. Regjeringen vil legge til rette for en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats på rusfeltet (Arbeids, 2015-2016).

Dette viser at det å ha gode samarbeidsforløp også blir vurdert som viktig på regjeringsnivå.

2.3. "Stammespråk" til spesialisthelsetjenesten

Datamaterialet viser at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten oppleves som problematisk. Å ha kunnskap om spesialisthelsetjenestens stammespråk er et av våre funn for hvordan VEL kan være med på å skape bedre behandlingsforløp for klienten. Flere fortalte at ved å ha psykolog eller lege tilknyttet institusjonen skapte dette et bedre samarbeid med både NAV og spesialisthelsetjenesten. Andre verktøy som ble brukt var psykologiske tester eller bruk av skjemaer som er laget av spesialisthelsetjenesten.

Dette finner vi igjen i andre studier, dette kan sees i lys av profesjonskamp og ideologi-strid. Dette er kjente fenomener også utenfor helsevesenet (Skatvedt & Edland-Gryt, 2012).

I diskursen rundt behandlingsbegrepet er det definert slik at spesialisthelsetjenesten er de som gir behandling mens VEL yter omsorg, rehabilitering og skadereduksjon. Dette kan beskrives som en allerede etablert doxa i institusjonene. Ut i fra dette kan vi se behovet til VEL for å lære seg språket til spesialisthelsetjenesten som en nødvendighet for å få innpass. Gjennom og godta doxa finner de andre løsninger for å brobygge. Ved å tilpasse seg til å snakke samme stammespråk, bruke skjema som er utarbeidet i spesialisthelsetjenesten har de funnet gode løsninger for å kommunisere med spesialisthelsetjenestene.

Tiltaket 24sju opplevde at deres egne leger og psykiatere hadde problemer med å få rusmiddelmissbrukere inn i spesialisthelsetjenesten. De opplevde det som personavhengig ved at noen leger var mer positive til å ta imot pasienter fra deres institusjon. Det hendte at disse legene ble kontaktet direkte for å få lagt inn pasienter som i første omgang ikke fikk plass til tross for henvisning fra lege/psykiater (Skatvedt & Edland-Gryt, 2012). Dette forteller oss at stammespråk eller det å ha lege eller psykiater i nærheten ikke nødvendigvis sikrer innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

2.4. Henvisningsmyndighet

Det ble beskrevet at det å ha lege tett på beboergruppen, med rett til å henvise videre i spesialisthelsetjenesten, åpnet for positive forløp. I de tilfeller hvor en beboer blir psykisk syk og en ekstern lege tilkalles, kan dette føre til en belastende situasjon for beboeren, men også for personalet. Det ble beskrevet at ved å ha en lege tett opp til klientgruppen kan det gjøre forholdet til spesialisthelsetjenesten enklere. Personalets observasjoner ble lyttet til, og man unngikk unødig bruk av legevakt når innleggelse ikke var nødvendig.

Vi finner at henvisning er en terskel for videre behandling og kan til tider gjøre at mange faller utenfor behandlingstilbud de er i behov av.

Dette finner vi igjen i annen forskning, i studiet Samspill eller svarteperspill finner de at samhandling er spesielt kritisk i overgang mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten rundt henvisning og utskriving fra sykehus/DPS (Skatvedt & Edland-Gryt, 2012).

Lavterskeltilbudet 24sju har både lege og psykiater tilknyttet sin institusjon, og brukerne trenger ikke henvisning for å få tilgang til spesialisthelsetjenestetilbudet som tilbys innenfor deres rammer. Dette innebærer at deres brukere kan komme rett inn til fagpersoner med spesialkompetanse innenfor fysisk og psykisk helse og rusmiddelproblemer (Skatvedt &

Edland-Gryt, 2012). Skadereduksjonstilbudet LASSO, som har tilhørighet på Dalsbergstien, har tilgjengelig lege og her trengs ikke henvisning. Deres erfaring var at vurderingen legen gjorde for å henvise til spesialisthelsetjenesten ble mer korrekt da legen ofte kjente beboeren og så forbi øyeblikksbildet. Ved bruk av ekstern lege kan beboeren klarer å fremstå som symptomfri under vurderingstidspunktet. Det at legen kjente de ansatte gjorde at deres opplevelse og observasjoner ble hørt og lagt til grunn i større grad enn fra en tilfeldig lege fra legevakten. De opplevde at dette gjorde henvisningen mer grundig, det førte nødvendigvis ikke til flere korttids innleggelser i tvungen psykisk helsevern snarere færre.

Det er også i andre nasjonale diskusjoner om ambulante team reist spørsmål om det er hensiktsmessig med henvisning fra lege (Pettersen & Rudningen, 2014). Det pekes på at for å gi rett hjelp til rett tid bør henvendelser også kunne skje utenom fastlegesystemet. Det kan ta tid å få time, og klienten kan ha en svak relasjon til fastlegen (Pettersen & Rudningen, 2014). Denne studien viser at samhandlingsteam med likeverdig samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten kan trekkes inn for å gjøre vurderinger og avklaringer før det foreligger en formell henvisning fra fastlege (Pettersen & Rudningen, 2014).

2.5. Planlagte tvangs- fremfor akuttinnleggelser.

Det er mange beboere som har store psykiske problemer i tillegg til sin ruslidelse. Noen av beboerne blir beskrevet som “svingdørspasienter”. De går inn i akuttpsykiatrien for noen dager for så å bli skrevet ut etter kort tid. Det ble vurdert som mer konstruktivt å søke vedkommende inn i et planlagt tvangsopphold som varer over tid og som gir mulighet for utredning enn korte hyppige tvangsinnleggelser. Det ble gitt uttrykk for at ved å samarbeide på tvers av profesjonene fikk man gjennomført planlagt tvangsinnleggelse, noe som skapte en mer positiv effekt for brukeren.

Mange av beboerne i VEL har komorbide lidelser eller såkalt “dobbeltdiagnose”. Det er opprette institusjoner inne TSB som skal behandle denne gruppen. Likevel faller mange av VEL sine brukere innenfor denne gruppen. beskriver gruppen med dobbeltdiagnose som de *“med alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med vedvarende alvorlig misbruk.....gruppen utgjør en spesiell utfordring for behandlingsapparatet. De faller ofte utenfor behandlingstilbudene både i psykisk helsevern og rusmiddelomsorgen.”* Klientene avvises ofte etter kort tid med store konflikter, og de blir overlatt til seg selv og blir gående uten

tilbud, eventuelt helt til krisen og innleggelsesbehovet blir så åpenbart for omgivelsene at det ender i en akutt tvangsinnleggelse. Gruppen er overrepresentert blant hjemløse i de store byene, i hospitser og lignende (Helse og omsorgsdep 96.97).

I etterkant av Stortingsmeldingen er det skjedd mye innen dette feltet, men likevel beskriver de ansatte at de opplever at mange av deres beboere faller inn under denne gruppen. De opplever at klientene, som ved tidligere tvangsinnleggelse i psykiatrien, raskt ble skrevet ut igjen. Spesialisthelsetjenesten argumenterer utskrivelsene med at psykosen er rusutløst, til tross for at Nasjonale retningslinjer for utredning fastslår at “Personer med akutte psykoser skal ha rett til behandling i psykisk helsevern, uavhengig om lidelsen er rusutløst eller ikke” (Helsedirektoratet, 2012).

Når det er godt samarbeide på tvers av profesjonene skapes gode forløp for brukerne. I sitt studiet Samspill eller svarteper finner de suksesskriterier for godt samarbeid blant annet er tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten ved at DPS er tilgjengelig ved behov. Gode samhandlingsmønstre mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten kjennetegnes ved at spesialisthelsetjenesten er lydhøre da det er kommunen som har den daglige kontakten med brukeren og dermed kan se når sykdomsbildet forverres (Pettersen & Rudningen, 2014) De fant også en nedgang i antall akuttinnleggelser etter at samhandlingen mellom tjenestenivåene ble styrket (Pettersen & Rudningen, 2014). Dette sammenfaller med våre funn og underbygger viktigheten av gode samarbeidsforløp skaper positiv effekt for brukerne i VEL.

2.6. Bruk av eksterne samarbeidspartnere

I de institusjonene med krav til rusfrihet er det i de situasjonene hvor klienten får et tilbakefall det oppstår sårbare situasjoner. Det er derfor viktig at klienten får et snarlig tilbud om avrusning, og ikke blir tilbakeført til lavterskelinstitusjoner, men får et tilnærmet likt tilbud som ved den rusfrie institusjonen.

Ved å samarbeide med lignende institusjoner, eller finne andre alternative løsninger kan man unngå utskrivelse.

Som nevnt under funnet om skjerming og sikring så er det høy grad av tilbakefall i denne gruppen. Den epidemiologiske forskningen anslår at rundt 50% av de med alvorlig psykisk

lidelse har livstidsforekomst av ruslidelse, og 25 - 35% har et aktivt rusmisbruk (Mueser et al., 2006). Forskningen sier at det er viktig å ha et langsiktig perspektiv på behandling, det å leve sunnere liv krever dramatiske endringer over måneder og år (Mueser et al., 2006).

Uavhengig av hvor bra behandlingen og rehabiliteringen er vil den likevel ha liten effekt hvis brukeren i etterkant returnerer til livet på gaten (Zerger, 2002).

Strukturelle barrierer som mangel på avrusningsplasser og økonomi kan føre til at de som trenger hjelp ikke får det (Zerger, 2002).

Det å identifisere barrierene for dermed å finne alternativer løsninger innen eget eller private system kan være en måte å forebygge langvarig tilbakefall.

Tyrlistiftelsen, som er en privat aktør innen rusbehandling, beskriver at overgangen fra døgnbehandling og inn i annen spesialisthelsetjeneste eller kommunale tiltak er sårbar. De har elevstyrte senger som innebærer at eleven kan komme tilbake til enheten han eller hun var på i en kortere periode (<http://www.tyrlil.no/behandlingsforlop/>).

Det er få studier som tar opp dette, det er den polikliniske oppfølgingen som i hovedsak blir diskutert. Brudd i behandlingen er uheldig og kan føre til økt risiko for tilbakefall og det å skape gode løsninger for å unngå dette støttes av mange studier (Helsedirektoratet, 2012).

4.1 Begrensninger

Studiets generaliserbarhet begrenses av at brukergruppen ikke er representert. Fokusgruppene besto av personer med 100% stilling. Ved å ikke få med oss brukerperspektivet og ansatte som jobber deltidsstillinger kan dette svekker studiets validitet.

4.2 Oppsummering og konklusjon

Hensikten med dette studiet har vært å få en beskrivelse av arbeidshverdagen til de som jobber i VEL sine institusjoner, og se på hvilke lenke aktiviteter som fremmer gode samarbeidsforløp. Funnen har delt seg inn i to kategorier som er å dekke klientens basisbehov og brobygge mellom klienter og eksterne aktører.

I beskrivelsene av det daglige arbeidet ble det relasjonelle arbeidet med brukergruppen fremhevet. Det ble lagt stor vekt på å bygge trygghet og tillit for å skape en god relasjon. Alle institusjoner har som målsetting å arbeide med brukerens endringspotensiale. Tidligere studier underbygger at relasjonsarbeid fasiliterer god omsorg.

Brobygging mellom brukerne og eksterne aktører var et sentralt tema i fokusgruppen. Analysen avdekket at institusjonene strakk seg langt og var kreative for å skape gode samarbeidsforløp til eksterne aktører. Fokusgruppen uttrykte en opplevelse av at spesialisthelsetjenesten og NAV ikke imøtekom dette i like stor grad. Dette finner vi igjen i andre studier som beskriver utfordringer i samarbeid på tvers av profesjoner hvor de forskjellige virksomhetene har ulik rangering i et faglig hierarki.

4.3 Implikasjoner for praksis

På systemnivå bør man komme med forslag til de politiske beslutningstakerne om endringer innen den økonomiske fordelingen av midler til de forskjellige tjenestene.

Fredensborg har et samarbeidsprosjekt med spesialisthelsetjenesten og tre bydeler. De har gjennom statlige midler ansatt psykolog og opplever at dette styrker det faglige innholdet i institusjonen. Det gjør kontakten opp mot spesialisthelsetjenesten og bydelene enklere. Dette er et prosjektet som bør implementeres i flere av VEI's institusjoner. Bedre tilgang på lege og psykolog var et ønske fra flere av informantene.

På tjeneste bør man utvikle verktøy for bruk av kriseplan og håndtering av vold på alle institusjonene. Utarbeidelse av handlingsplaner for håndtering av personer med psykiske lidelser, opplæring om bruk og implementering av kartleggingsverktøy kan føre til tidligere intervensjon fra spesialisthelsetjenesten, og dermed forhindre tvangsinnleggelse i psykiatrien.

På individnivå bør det gis internopplæring av ansatte om utvidet kunnskap og håndtering av alvorlige psykiske lidelser hos personer med komorbide lidelser. Utviklingspsykologi, tilknytningsteori og traumeforståelse er relevant kunnskap i arbeid med denne gruppen. Gjennom å lage opplæringspakker spesielt knyttet til forståelse og behandling av personer med komorbide lidelser vil institusjonene få en utvidet forståelse som kan forebygge utskrivning og lette det daglige miljøterapeutiske arbeidet.

4.4 Videre Forskning

I dag forholder vi oss til et hjelpeapparat med klart definerte geografiske skillelinjer, med en spesialisthelsetjeneste som i hovedsak må oppsøkes. Ved å snu dette rundt vil det sikre bedre behandlingsforløp for brukergruppen. Det å undersøke muligheten for innovasjon i behandlingen av personer med ruslidelse må derfor ta for seg koordinering, integrasjon og flyt av pasienter mellom ulike nivåer av helsetjenester.

For å ivareta brukergruppen bør det utvikles løsninger som gir samordnet omsorg inkludert boligstøtte, økonomisk planlegging, sosialt nettverk, meningsfylte aktiviteter, psykoterapi og medisinsk hjelp. Et bedre behandlingstilbud til disse personene er viktig for å spare dem for lidelser og bedre deres livskvalitet. Det er også viktig samfunnsøkonomisk - tilbakefall til rus og frafall fra behandling er hyppig forekommende og kostbart. Forskning mot en slik løsning vil gi en mulighet til å fremme kunnskapen om psykososial behandling for pasienter med ruslidelser på måter som vesentlig vil flytte feltet mot et paradigmeskifte og som vil påvirke behandlingsforløpet for pasientene.

Litteraturliste

- (SAMHSA), S. A. a. M. H. A. (1998). Comprehensive case management for substance abuse treatment.
- Arbeids-, - o. s. (2015-2016). *NAV i en ny tid - for arbeid og aktivitet*. (Meld. St. nr 33). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/8f9e56528fb340eb9f6515cc21ab5119/no/pdfs/stm201520160033000dddpdfs.pdf>.
- Bang, S., & Nilsen, L. (2003). *Rørt, rammet og rystet : faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559.
- Broberg, A., Almqvist, K., & Tjus, T. (2006). *Klinisk barnpsykologi : utvikling på avveier*. Bergen: Fagbokforl.
- Dahle, K. A., & Iversen, H. H. (2011). *Hva er viktig for pasienter innen rusbehandling? .* Retrieved from Oslo: www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/publikasjoner/notater/2011/notat_2011_ruspasi enter_kval_intervju.pdf
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Edland-Gryt, M., & Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 257-264.
- Forvaltningsloven. (2016). *Forvaltningsloven - Saksbehandlingsrundskriv - Kapittel III. Alminnelige regler om saksbehandlingen 11a*. Retrieved from <https://www.nav.no/rettskildene/Rundskriv/forvaltningsloven-saksbehandlingsrundskriv-kapittel-iii.alminnelige-regler-om-saksb>.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119(2), 593-609.
- Hellesnes, J. (1988). *Hermeneutikk og kultur : filosofiske stubbar*. Oslo: Samlaget.
- Helse- og, o. (2009a). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (Stort.meld. nr. 47 (2008-2009)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009/id567201/>.
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (1-8). Oslo Retrieved from www.dep.no/hd/norsk/publ/rundskriv.
- Isdal, P. (2008). *Traumatisering og Sekundærtraumatisering i arbeidet*. Paper presented at the NPF-Trønderlag, Trønderlag.
- Johansen, A. B., Brendryen, H., Darnell, F. J., & Wennesland, D. K. (2013). Practical support aids addiction recovery: the positive identity model of change. *BMC psychiatry*, 13(1), 201.
- Korus. (2016). KLIENT OG RESULTATSTYRT PRAKSIS (KOR). Retrieved from <https://www.korusoslo.no/rusbehandling/maecenas-eget-erat-eget-diam-eleifend-luctus/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utgave ed.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- LAR-retningslinjer. (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet*. (9788280811554). Oslo: Helsedirektoratet.
- Larsen, E. (2004). *Miljøterapi med barn og unge : organisasjonen som terapeut* (Vol. 3). Oslo: Universitetsforl.
- Lossius, K. (2011). Om å ruse seg (pp. 21-37). Oslo: Gyldendal akademisk, 2011.

- Matè, G. M. (2010). *In the Realm of the Hungry Ghosts : Close Encounters with Addiction*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Mueser, K. T., Linderoth, L., & Andersen, T. M. (2006). *Integrert behandling : av rusproblemer og psykiske [psykiske] lidelser*. Oslo: Universitetsforl.
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Neergaard, M. A., Olesen, F., Andersen, R. S., & Sondergaard, J. (2009). Qualitative description—the poor cousin of health research? *BMC medical research methodology*, 9(1), 52.
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3), 107-117.
- Olkowska, A., & Landmark, B. r. (2016). *Miljøterapi, Prinsipper, perspektiver og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Omsorgsdepartement, D. K. H. o. (2015). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. omsorgsdepartementet, H.-o. (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St.meld.nr. 47 (2008-2009)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- Pettersen, K.-S., & Rudningen, G. (2014). *Samspill eller svarteperspill? : en studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser med voldsproblematikk* Notat (Arbeidsforskningsinstituttet : online), Vol. 10/2014.
- Ravndal, E., & Amundsen, E. J. (2010). Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. *Drug & Alcohol Dependence*, 108(1), 65-69.
- Regjeringen.no. (2014). Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/tema/...er-spesialisthelsetjenesten.../id528748>
- Rogers, S. J., & Ruefli, T. (2004). Does harm reduction programming make a difference in the lives of highly marginalized, at-risk drug users? *Harm Reduction Journal*, 1, 7.
- ROP-retningslinjer. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. (9788280812469). Oslo: Helsedirektoratet.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2006). *Bære eller bryte : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Sandelowski, M. (2000). Focus on research methods-whatsoever happened to qualitative description? *Research in nursing and health*, 23(4), 334-340.
- Saur, R., Hustad, A. E., & Heir, T. (2011). *Voldsforebygging i Norge : aktiviteter og tiltak mot vold i nære relasjoner* Rapport (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress : online), Vol. 3/2011.
- Schiøtz, A. (2017). Rus i Norge. *Tidsskrift for velferdsforskning*(01), 4-26. doi:10.18261/issn.2464-3076-2017-01-01
- Skatvedt, A. H., og , & Edland-Gryt, M. (2012). *Øyeblikksomsorg - et verktøy for bedring. Evaluering av 24SJU - et lavterskeltilbud til personer med dårlig psykisk helse og rusmiddelproblemer*. (4). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).
- Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar og andre essays* (Vol. 31-32). Oslo: Tanum-Norli.
- Skutle, A. (2015). Bruk av feedback-verktøy for å hindre drop-out: Behandlernes erfaringer med KOR og noen foreløpige data. Bergensklinikkene. Retrieved from <http://docplayer.me/23673472-Bruk-av-feedback-verktoy-for-a-hindre-drop-out-behandlernes-erfaringer-med-kor-og-noen-forelopige-data-arvid-skutle-bergensklinikkene.html>
- Stern, D. N. (2007). *Her og nå : øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forl.
- Stern, D. N. (2010). *Spedbarnets interpersonlige verden* (3 ed. Vol. 1). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Svendsen, B., Johns, U. T., Brautaset, H., & Egebjerg, I. (2012). *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforl.
- Velferdetaten. (2016). *Implementering og bruk av klient- og resultatstyrt praksis i Velferdsetaten*. Oslo: Oslo Kommune , Velferdetaten.
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research Design and Methods* (3 ed. Vol. 5). USA: Sage Publications, Inc.
- Ådnanes, M., Andersson, H. W., Ose, S. O., Hjort, H., Kaspersen, S. L., & Helse, S. (2007). *Lavterskel helsetiltak for rusmiddelmisbrukere : delrapport 1 i evaluering av statlig tilskudd i 32 kommuner* SINTEF rapport (SINTEF : 2006- : online), Vol. SINTEF A1592.
- Aakerholdt, A. (2013). *ACT- håndboken Inkludert en beskrivelse av FACT modellen* (2 ed.). Flisa: Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse Sykehuset innlandet HF.
- Arbeids-, - o. s. (2015-2016). *NAV i en ny tid - for arbeid og aktivitet*. (Meld. St. nr 33). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/8f9e56528fb340eb9f6515cc21ab5119/no/pdfs/stm201520160033000dddpdfs.pdf>.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2012). *Comprehensive case management for substance abuse treatment*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Edland-Gryt, M., & Skatvedt, A. H. (2013). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 257-264.
- Fauchad, K., Audestad, R., Paulsen, K., Flatabø, L., & Jensen, L. P. (2016). *Helhetlig russtatistikk. Oslo kommune 2016*. Oslo: Velferdsetaten, Oslo kommune.
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (1-8). Oslo Retrieved from www.dep.no/hd/norsk/publ/rundskriv.
- Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet*. (IS-1701). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. (IS-1948). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonale faglige retningslinjer for avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler*. (IS-2211). Oslo: Helsedirektoratet Retrieved from hentet fra: https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Avrusning_fra_rusmidler_og_vanedannende_legemidler.pdf.
- Islam, M. M., Topp, L., Conigrave, K. M., & Day, C. A. (2013). Defining a service for people who use drugs as 'low-threshold': What should be the criteria? *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 220-222. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.03.005>
- Johansen, A. B., Brendryen, H., Darnell, F. J., & Wennesland, D. K. (2013). Practical support aids addiction recovery: the positive identity model of change. *BMC psychiatry*, 13(1), 201.
- Johansen, A. B., Tavakoli, S., Bjelland, I., & Lumley, M. (2017). Constructivist Simultaneous Treatment of Borderline Personality Disorder, Trauma, and Addiction Comorbidity: A Qualitative Case Study. *Qualitative health research*, 27(2), 236-248.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utgave ed.). Oslo: Gyldendal Akademiske.

- Langaas, H., & Kjølberg, M. (2017). *Brukerne i Oslo sentrum Brukerundersøkelse gjennomført av Prindsen mottaksenter 2017*. Retrieved from Oslo: <https://www.korusoslo.no/wp-content/uploads/Erfaringsoppsummering-av-bruk-og-implenentering-av-klient-og-resultatstyrt-praksis-1-1.pdf>
- Mueser, K. T., Linderoth, L., & Andersen, T. M. (2006). *Integrert behandling : av rusproblemer og psykiske [psykiske] lidelser*. Oslo: Universitetsforl.
- Ness, O., Borg, M., & Davidson, L. (2014). Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(3), 107-117.
- omsorgsdepartementet, H.-o. (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. (St.meld.nr. 47 (2008-2009)). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>.
- Oslo kommune, V. Retrieved from <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/rusomsorg/rusinstitusjoner/>
- Pettersen, K.-S., & Rudningen, G. (2014). *Samspill eller svarteperspill? : en studie av ansvarsfordeling og gråsoner mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for mennesker med RoP-lidelser med voldsproblematikk* Notat (Arbeidsforskningsinstituttet : online), Vol. 10/2014.
- Skatvedt, A. H., og , & Edland-Gryt, M. (2012). *Øyeblikksomsorg - et verktøy for bedring. Evaluering av 24SJU - et lavterskeltilbud til personer med dårlig psykisk helse og rusmiddelproblemer*. (4). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).
- Skutle, A. (2015). Bruk av feedback-verktøy for å hindre drop-out: Behandlernes erfaringer med KOR og noen foreløpige data. Bergensklinikkene. Retrieved from <http://docplayer.me/23673472-Bruk-av-feedback-verktoy-for-a-hindre-drop-out-behandlernes-erfaringer-med-kor-og-noen-forelopige-data-arvid-skutle-bergensklinikkene.html>
- Tveiten, O. S. (2016). *Gatesmart i kjøp og salg En kartlegging av narkotika og medikamenter i omløp i åpne rusmiljøer i Oslo sentrum 2016*. Retrieved from Oslo: Velferdetaten. (2016). *Strategidokument for velferdetaten 2016 - 2020*: Velferdsetaten, Oslo kommune.
- Waal, H. (2008). "Risk reduction as a component of a comprehensive, multidisciplinary approach to drug abuse problems". Paper presented at the The Pompidou Group. hentet fra: <https://rm.coe.int/0900001680745ec7>
- Zerger, S. (2002). *Substance Abuse Treatment: What works fro Homeless People? A Review of the Litterature*. Retrieved from USA, Nashville TN <https://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2012/02/SubstanceAbuseTreatmentLitReview.pdf>