

MASTEROPPGAVE

Psykisk Helsearbeid, deltid

Kull 2012

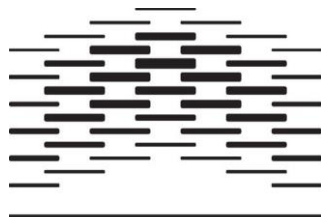
Mai, 2016

Arbeidsmigrasjon som risikofaktor for ruslidelse

Anette Therese Fredriksen og Marianne Nymark Tryggestad

Veileder: Solveig Karin Bø Vatnar

Fakultet for helsefag



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Sammendrag

Kompetansesenter Rus Oslo (Korus) har over tid fått signaler fra rusfeltet om en økning i antall klienter med bakgrunn som arbeidsmigranter. Det er så langt vi har kunnskap om ikke foretatt studier på dette området i Norge tidligere, og det er derfor ønskelig med mer kunnskap på feltet. Temaet for denne oppgaven er arbeidsmigrasjon som en mulig risikofaktor for ruslidelse. Vi utformet tre forskningsspørsmål 1) *Hva er forekomsten av arbeidsmigranter i rusbehandling i Norge i 2014?*- 2) *Hva karakteriserer arbeidsmigranter i Rusbehandling?*- og 3) *Hva var forekomsten av ruslidelse og andre lidelser hos arbeidsmigranter i behandling for ruslidelse?* Det ble utviklet et kvantitativt spørreskjema som ble sendt til ansatte ved ulike behandlingsinstitusjoner for rusmiddelavhengighet i Norge. *Resultater:* Til sammen 67 respondenter ble inkludert i studien, av disse var det 22 som besvarte spørsmål om én enkelt klient og beskrev klienten nærmere. Femten av respondentene oppga å ha hatt mellom to og fem arbeidsmigranter på sin institusjon i løpet av de siste to årene. På tidspunkt for undersøkelsen var det 9 respondenter som svarte at de hadde arbeidsmigrant innlagt. Av de 22 som beskrev én enkelt klient, var alle unntatt én menn. De fleste bodde i Norge uten familie, 7 var uten fast bopel og nesten halvparten var arbeidsledige ved behandlingsstart. Halvparten av arbeidsmigrantene hadde alkohol som hovedrusmiddel ved behandlingsstart. Majoriteten hadde en diagnostisert ruslidelse, og ni hadde en diagnostisert psykisk lidelse. Åtte av arbeidsmigrantene opplevde svekket psykisk helse som det største problemet med sitt rusmiddelbruk. Resultatene er fremstilt i tekst og frekvenstabeller. *Diskusjon:* Vi diskuterer om arbeidsmigranter befinner seg i en sårbar situasjon, og om trekk ved arbeidsmigrasjon kan utgjøre risiko- eller beskyttelsesfaktorer for utvikling av ruslidelse. *Konklusjon:* Denne studien kan ikke bekrefte eller avkrefte om det er en økende andel arbeidsmigranter i behandling for ruslidelser. Datamaterialet bærer preg av mange manglende svar, og mange «vet ikke» svar. Resultatene kan tyde på at respondentene har lite kunnskap om disse klientene. Det finnes empirisk belegg for at arbeidsmigranter er utsatt for risiko- og beskyttelsesfaktorer knyttet til psykisk helse. Denne studien kan tyde på at det er behov for økt kunnskap om arbeidsmigranter i rusfeltet for å kunne gi denne gruppen klienter adekvat hjelp og behandling.

Abstract

Kompetansesenter Rus Oslo (KoRus) has over time received signals from the field concerning an increase of clients with labor migration experience in need of treatment for substance use disorder. There is to our knowledge not conducted any studies on this subject in Norway. Accordingly, there is a need of further knowledge on the topic. In this study we present labor migration as a possible risk factor for substance use disorder. The following research questions were conducted. 1) *What was the occurrence of labor migrants in treatment for substance abuse in Norway in 2014?*- 2) *What are the characteristics of labor migrants in treatment for substance abuse?*- 3) *And what was the occurrence of substance use disorder and other sufferings in/for labor migrants in treatment?* The structure of the study was based on a quantitative questionnaire, that was distributed to employees in different treatment facilities for substance use disorder in Norway. *Results:* Out of all the questionnaires returned, the total number included in the study was 67. Out of the 67, there was 22 who chose to answer questions about one particular client. 15 of the respondents said to have had between 2 and 5 clients with labor migration experience. At the time of the survey 9 respondents had a client with labor migration experience in their institution. Among the 22 respondents who described a specific client, only one described a female client. The majority lived in Norway without a family, 7 with no permanent residence, and close to half were unemployed at the beginning of treatment. One half suffered from alcohol dependence. The majority had a diagnosed substance use disorder, and 9 had a diagnosed mental disorder. Diminished mental health was said to be the most frequent consequence of their substance use. The results are described in text, and frequency tables. *Discussion:* We discuss whether labor migration might be in a vulnerable position and whether labor migration involves factors that can pose as risk- or protective factors for developing substance use disorder. *Conclusion:* This study can not confirm whether there is an increase of labor migrations in treatment for substance use disorder. A high percentage of missing and that a lot of the respondents answered “do not know” leads to an inconclusive data. Studies has shown that labor migrants are exposed to risk- and protective factors linked to mental health. This study may indicate that there is a need for more knowledge about this group in order to provide adequate treatment for substance use disorder.

Forord

Arbeidsmigrasjon og rus er foreløpig et lite undersøkt tema I Norge. Det vekket derfor interesse da vi fikk lov til å være med KoRus å undersøke dette temaet nærmere.

Fordi vi begge jobber i rusfeltet, var det spesielt gøy å få lov til å være med på å utforske et tema som er lite undersøkt.

Vi vil gjerne rette en stor takk til KoRus ved Bjørnar Bergengen og Espen Freng som har tatt oss med på prosjektet. Takk for alle gode diskusjoner og tilbakemeldinger underveis. Dere har gjort dette mulig og morsomt.

Takk til vår veileder, Solveig Karin Bø Vatnar for meget god og inspirerende veiledning. Vi har fått gode konstruktive tilbakemeldinger og hatt mange interessante samtaler. Vi har lært mye som vi kan ta med videre.

Arbeidsmigrasjon som risikofaktor for ruslidelse

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	4
Figurer og tabeller:	7
Forkortelser i denne oppgaven.....	8
1.0 HELSE.....	9
1.1 Psykisk helse	10
1.2 Psykisk lidelse	10
2.0 RUSLIDELSE.....	14
2.1 Rusmidler	17
2.1.1 Alkohol.....	18
2.1.2 Vanedannende legemidler	21
2.1.3 Blandingsmisbruk	21
2.1.4 Illegale rusmidler	21
2.2 Behandling for ruslidelse i nyere tid.....	22
2.2.1 Organisering av behandlingstiltakene i dag.....	23
2.2.2 Spesialisthelsetjenesten	23
2.2.3 Distriktpsikiatriske sentre	24
2.2.4 Legemiddelassistert rehabilitering.....	24
2.2.5 Kommunale tiltak.....	25
2.2.6 Veien inn i behandling.....	26
3.0 MIGRASJON	27
3.1 Arbeidsmigrasjon.....	28
3.2 Arbeidsmigrasjon fra EU og EØS	28
3.3 Arbeidsmigrasjon til Norge	29
3.4 Den største gruppen arbeidsmigranter i Norge.....	32
3.5 Arbeidsmigrasjon og helse.....	32
4.0 RISIKO- OG BESKYTTELSESFAKTORER.....	36
4.1 Migrasjon og integrering	37
4.2 «The healthy migrant» hypotesen.....	38
4.3 Arbeid.....	39
4.4 Religion.....	39
4.5 Sosial støtte.....	40
4.6 Psykisk stress	40
4.7 Sosioøkonomiske faktorer	40
5.0 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA.....	44
5.1 Kompetansesenter Rus Oslo.....	44
6.0 FORMÅL MED STUDIEN.....	45
6.1 Forskningsspørsmål	45
7.0 METODE.....	46
7.1 Design.....	51
7.2 Prosedyre.....	52
7.2.1 Flytdiagram.....	55

7.3 Deltakere	56
7.4 Spørreskjema	56
7.5 Analyser.....	61
8.0 RESULTATER.....	62
8.1 Forekomst av arbeidsmigranter i behandling for ruslidelser i Norge i 2014	62
8.1.1 Språk	64
8.2 Karakteristika ved arbeidsmigranter i rusbehandling.....	65
8.2.1 Sosiodemografi	65
8.2.2 Arbeidsmigrantenes utdanning og arbeidssituasjon.....	67
8.2.3 Behandling	69
8.2.4 Kommunikasjon	71
8.2.5 Rus	72
8.3 Forekomst av ruslidelse og andre lidelser hos arbeidsmigranter i rusbehandling.....	74
9.0 DISKUSJON	77
9.1 Hovedfunn i studien.	77
9.2 Forekomst av arbeidsmigranter i behandling for ruslidelse i Norge.....	77
9.3 Karakteristika av arbeidsmigranter i rusbehandling.....	79
9.3.1 Sosiodemografi.....	79
9.3.2 Arbeidsmigrantenes utdanning og arbeidssituasjon.....	82
9.3.3 Behandling	83
9.3.4 Rus	86
9.4 Forekomst av ruslidelse og andre lidelser hos arbeidsmigranter i behandling.....	88
9.5 Styrker og svakheter ved studien.....	91
9.6 Konklusjon.....	95
9.7 Etske refleksjoner.....	95
9.8 Kliniske implikasjoner	96
9.9 Forskningsimplikasjoner	97
10.0 LITTERATUR.....	98
Vedlegg 1) Følgebrev	105
Vedlegg 2) Bakgrunn og formål med undersøkelsen	106

Figurer og tabeller:

Tabell 1: Sysselsatte 15-74 år, etter bosettingsstatus og landbakgrunn	s. 31
Tabell 2: Søk i databaser	s. 48-50
Figur 1: Flytdiagram	s. 55
Tabell 3: Arbeidsmigrant de siste to år	s. 62
Tabell 4: Arbeidsmigrant inne i dag	s.63
Tabell 5: Hvor mange arbeidsmigrant inne i dag	s. 63
Tabell 6: Prosent arbeidsmigrant 2014	s. 64
Tabell 7: Økning arbeidsmigrant siste to år	s. 64
Figur 2: Klientens alder	s.65
Tabell 8: Klientens opprinnelsesland	s. 66
Tabell 9: Klientens bosituasjon i Norge	s. 67
Tabell 10: Klientens utdanning	s. 67
Figur 3: Klientens jobb i Norge	s. 68
Tabell 11: Klientens hovedinntekt ved behandlingsstart	s. 69
Tabell 12: Hvordan kom klienten inn I behandling	s. 70
Tabell 13: Opplever du at språk er til hinder i daglig arbeid med klienten	s. 71
Tabell 14: Hovedrusmiddel ved behandlingsstart	s. 72
Tabell 15: Brukte klienten rusmiddel før ankomst til Norge	s. 73
Tabell 16: Kjenner nettverk til rusproblem	s. 73
Figur 4: Diagnostisert ruslidelse	s. 74
Tabell 17: Diagnostisert annen psykisk lidelse	s. 74
Tabell 18: Somatisk lidelse	s. 75
Tabell 19: Klientens oppfatning av største problem med rusbruk	s. 76

Forkortelser i denne oppgaven

DPS- Distriktpsikiatriske senter

EFTA- Det europeiske frihandelsforbundet

EU- Europeisk Union

EØS- Europeisk økonomisk samarbeid

ICD-10 International Classification of Disease

KoRus- Kompetansesenter rus Oslo

LAR- Legemiddel assistert rehabilitering

NAKMI- Nasjonal kompetanseenhet for migrant og minoritetshelse

NAV- Arbeids og velferdsforvaltningen

NPR-Norsk Pasientregister

PHV- Psykisk Helsevern

SIRUS- Statens institutt for rusmiddelforskning

SOC- Sence of Coherence

SPSS – Statistisc Package for the Social Sciences

SSB- Statistisk sentralbyrå

TSB – Tverrfaglig spesialisert behandling

WHO- Verdens helseorganisasjon

1.0 HELSE

Hvordan helse defineres er avhengig av hvem du spør. En felles forståelse som innebærer enighet på tvers av alle mennesker i alle kulturer og samfunn er en umulighet. Det er allikevel viktig at det i samfunnet er en slags konsensus om hva som definerer helse, nettopp for å kunne hjelpe mennesker som opplever sykdom. Under beskrives noen perspektiver på hva helse kan defineres som.

Den biomedisinske definisjonen på helse er fravær av sykdom (Gjernes, 2004). En motvekt til denne definisjonen ble formulert av Verdens helseorganisasjon i 1946 «helse er en tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære, og ikke kun fravær av sykdom» (World Health Organization (WHO), 2016). Denne definisjonen har blitt kritisert for bruk av begrepet ” fullkommen velvære”, da dette potensielt utelater store deler av befolkningen (Huber et al., 2011). Definisjonen levner ikke rom for at de med kroniske tilstander har kapasitet til å leve godt med en opplevelse av velvære til tross for eventuelle diagnoser. Definisjonen blir også kritisert for at den ikke enkelt lar seg operasjonalisere. Huber et al, (2011, s.237) foreslår at en mulig definisjon på helse kan være «the ability to adapt and to self manage». Dette kan sies å være en bredere definisjon på helse og gir mer rom for at helse er det hver og en av oss opplever, og ikke handler om fravær av sykdom eller tilstedeværelse av bestemte faktorer for å oppnå velvære. Dette er mer i tråd med en salutogen tilnærming.

Salutogenese som teoretisk modell, ble utviklet av Aaron Antonovsky (1979) og kan sies å være læren om hva som gir god helse (Walseth & Maltrud , 2004). Den salutogene tilnærmingen fokuserer på sammenheng og mening, Antonovsky beskriver dette som «sence of coherence» (SOC), som kan oversettes til forutsigbarhet eller opplevd sammenheng (Walseth & Maltrud , 2004) En salutogen tilnærming til helse vurderer hvordan personlige og kollektive mestringsressurser kan brukes slik at personen opplever å mestre utfordrende situasjoner. Innenfor denne teoretiske retningen vil man kunne si: Dersom en person har mestringsressurser tilgjengelig, vil han ha høyere opplevd sammenheng, og dermed oppleve bedre helse. Helse blir med dette ikke kun en målbar enhet hvor god eller dårlig helse kan kategoriseres utfra hvilken diagnose de får. Finnes empirisk belegg for å påstå at visse situasjoner eller påkjenninger kan gjøre en mer utsatt for ulike helseutfordringer eller sykdommer? I det følgende vil vi se nærmere på hva psykisk helse, ruslidelse og migrasjon er

og forsøke å identifisere faktorer som kan være med på å gjøre arbeidsmigranter til en mer sårbar gruppe, med tanke på psykisk helse.

1.1 Psykisk helse

Verdens Helse Organisasjon, (WHO) beskriver psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet realiserer sine muligheter, kan håndtere livets normale stress, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra for samfunnet» (WHO, 2014). Begrepet brukes som et samlebegrep som deles inn i psykisk velvære, psykiske plager og psykiske sykdommer eller lidelser. Her er det vektlagt psykisk lidelse, som ofte skiller seg fra psykiske plager, både i alvorlighetsgrad, varighet og symptomtrykk. Denne studien tar sikte på å se på arbeidsmigranter i behandling for ruslidelse, og det er derfor valgt å legge vekt på ruslidelse som er en psykisk lidelse.

1.2 Psykisk lidelse

Psykiatrien som medisinsk tradisjon er om lag 200 år gammel. Tradisjonelt er det beskrevet flere rådende paradigmer som omfattende forståelsesformer i psykiatrien, det være seg de biologiske, den psykodynamiske, den sosialpsykiatriske og de systematiske tilnærmingene (Skårderud, Haugsgjerd, & Stänicke, 2010). Psykisk helsearbeid er et møte mellom flere forskjellige profesjoner, og krever at de som arbeider i feltet har noen felles begreper og forståelsesformer. I dette kapitlet beskrives det hva psykisk lidelse er i følge utvalgt litteratur, og noen perspektiver på bruk av diagnoser i psykisk helsearbeid.

Psykisk lidelse kan defineres som «fellesbetegnelse for lidelser som er kjennetegnet ved subjektive plagsomme psykiske symptomer med eller uten funksjonssvikt i dagligliv eller arbeid» (Malt & Mykletun, 2012, s. 16). Denne definisjonen kan være noe problematisk fordi den ikke skiller ut plagsomme symptomer som kan være en del av livet, men som ikke tilfredsstillt krav til en diagnose (Malt & Mykletun, 2012). Derfor kan det være hensiktsmessig å skille mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Psykiske plager er mentale vanskeligheter som er plagsomme, men ikke i så stor grad at de kan betegnes som diagnoser. Psykiske lidelser brukes når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt (Folkehelseinstituttet, 2015).

«De psykiske lidelsene kjennetegnes ved avvikende atferd og /eller tankegang, følelsesuttrykk og tanker. Det kan være uttrykk som på en eller annen måte gjør at vedkommende havner

utenfor fellesskapet i sine omgivelser. Avhengig av alvorlighetsgrad kan det å ha en psykisk lidelse ha store konsekvenser for livet. Tilstanden kan melde seg brått og gå raskt over, eller den kan komme gradvis og vedvare over lengre tid» (Malt & Mykletun, 2012, s. 18).

Psykiske lidelser er svært vanlig, Folkehelse rapporten fra 2014 viste at mellom 30 og 50 prosent av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet (Grønholt, Hånes, & Reneflot, 2014). Angstlidelser, depressive lidelser og alkoholavhengighet er de tre vanligste gruppene psykiske lidelser blant befolkningen i Norge. Forekomst av angst og depressive lidelser er høyest hos kvinner, mens rusrelaterte lidelser er høyest blant menn (Mykletun & Knudsen, 2009).

Psykiske lidelser er tilstander som er så alvorlige at det kan stilles en sykdomsdiagnose hvor kriteriene i diagnosemanualene er tilfredsstillt (Mykletun & Knudsen, 2009). Det er glidende overganger mellom hva som er normal livssmerte og hva som klassifiseres som psykisk lidelse. Det er for eksempel normalt å kjenne sorg etter tap av nære relasjoner (Skårderud et al., 2010). Det kan være vanskelig å definere hva som er normale reaksjoner eller sinnsstemninger, men når det forekommer over lang tid og går ut over de daglige funksjonene vil en kunne snakke om psykisk lidelse (Skårderud et al., 2010). Psykiske lidelser kan også beskrives som avgrensede kategorier, lidelser eller sykdommer, det vi vil kalle diagnoser. ”Diagnose er den betegnelsen vi gir den sykdom eller lidelse som en person lider av. Ordet diagnose er satt sammen av *dia*, som betyr gjennom og *gnosis*, som betyr viten. «En diagnose skal ut fra vår samlede vitenskapelige kunnskap avgrense én tilstand fra én annen» (Malt & Mykletun, 2012, s. 22).

Det er viktig å gjøre seg noen tanker om hvor mye diagnoser har å si for vår praksis i psykisk helsearbeid. Diskusjonen om i hvilken vekt diagnoser skal vektlegges synes å være evig tilstedeværende. Vi legger vekt på at det vil være nødvendig med valide diagnoser for å kunne skille tilstander fra hverandre og gi adekvat behandling til ulike pasienter. Diagnoser er også viktig for å kunne diskutere ulike lidelser med kolleger og samarbeidspartnere. Det er også en forutsetning for å kunne innhente informasjon og dra nytte av andres erfaring med tilsvarende diagnoser. Diagnoser er nødvendig for å erverve kunnskap gjennom forskning, manglende valide diagnoser medfører at en kritisk evaluering og forbedring av gjeldende behandlingstilbud reduseres (Malt & Mykletun, 2012). En annen fare ved manglende diagnostikk er en ukritisk holdning til det store tilbudet av behandlinger som florerer. Noen

behandlingsretninger reklamerer med at de hjelper mot alle slags tilstander, og manglende diagnostikk vil kunne føre til en ukritisk holdning til alle disse tiltakene. Fordi psykiatri er et fag i krysningen mellom humanistisk retning og naturvitenskap er det også viktig at det finnes et gyldig klassifikasjonssystem med diagnoser (ibid.). Det er samtidig viktig at man ser diagnosens begrensninger. Diagnoser vil være beskrivende med vekt på fellesnevnerne i sykdomsbildet og i noen grad, årsak. Sosiale og miljømessige forhold sin betydning fanges ikke opp av diagnoser (Malt & Mykletun, 2012). Altså er diagnosen nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å forstå og behandle psykisk lidelse. Like diagnoser forteller oss heller ikke om pasientene ligner hverandre. For eksempel kan grad av tilknytning og/ eller kognitive resurser ha stor betydning for valg av behandling. Diagnoser kan også være med på å innskrenke behandlerens evne til å kun se lidelsen og ikke hvilke ressurser pasienten har. Diagnoser må sees på som et hjelpemiddel for grovorientering (Ibid).

«Den psykiatriske sykkeligheten er like stor blant menn og kvinner» (Malt & Mykletun, 2012, s. 15). Som ved forekomst av somatiske lidelser, er det en høyere andel psykisk sykdom blant mennesker i de lavere sosiale lag (Malt & Mykletun, 2012). Sosiale forskjeller i psykisk sykkelighet trer frem enten forskjellene måles i form av utdanning eller inntekt (Folkehelseinstituttet, 2015). «Sosial ulikhet kan begrepsfestes og måles på ulike måter, som har forskjellige teoretiske utgangspunkt og formål. Som regel benyttes informasjon om yrke, utdanning eller inntekt i slike klassifikasjoner av sosioøkonomisk posisjon» (Dahl, Bergsli, & van der Wel, 2014, s. 61).

Lav sosioøkonomisk status er knyttet opp mot økt risiko for et bredt spektrum av psykiske lidelser. Psykiske lidelser fører ofte til redusert inntekt og arbeidsuførhet. Slik kan lav sosioøkonomisk status sees på som en følge av psykisk lidelse. Men lav sosioøkonomisk status øker også sannsynligheten for psykisk sykdom (Dahl et al., 2014; Melle, Johansen, & Malt, 2012).

I tillegg til økonomisk uforutsigbarhet og arbeidsledighet, som vi vet er betydelig psykiske belastninger, er også opplevelsen av å være maktesløs og mangel på kontroll over eget liv belastende (Melle et al., 2012). Kanskje vi si at lav sosioøkonomisk status innebærer færre mestringsstrategier og en redusert opplevelse av sammenheng. Sosioøkonomisk status er nærmere beskrevet i kapittelet om risiko og beskyttelsesfaktorer, og da rettet mer mot arbeidsmigranter. En undersøkelse gjort i Oslo av Dalgård (2008) tyder på at sammenhengen mellom sosioøkonomiske faktorer og psykiske vansker, nettopp blir forklart gjennom

forskjeller i opplevd maktesløshet og mangel på kontroll. Opplevelse av sammenheng, i et salutogenetisk perspektiv, kan være forutsigbarhet, altså det at vi tror nye situasjoner er påvirkelige, logiske og forutsigbare er en viktig faktor i opplevelsen av god helse. På den andre siden ser gode sosiale nettverk ut til å beskytte mot psykiske lidelser. Den hjelp en får av sitt sosiale nettverk, men også personens opplevelse av å få støtte eller forventningen om å kunne få støtte har betydning. «Sosial støtte ser ut til å ha betydning for psykisk helse gjennom å øke mestringen av psykisk stress, og motvirke effekten av negative livshendelser. Sosial støtte er også avhengig av graden av sosial integrasjon i det omgivende lokalsamfunnet» (Melle et al., 2012, s. 129).

For å kunne se nærmere på arbeidsmigranter og ruslidelse, er det videre gjort forsøk på å beskrive hva ruslidelse er, og hvordan dette kan ha innvirkning på individer. Hva skiller bruk fra misbruk, og når kan vi diagnostisere ruslidelse?

2.0 RUSLIDELSE

All bruk av rusmidler er ikke forbundet med ruslidelse. Inntak av rusmidler knyttes som oftest ikke til skadelig bruk. For eksempel har de aller fleste nordmenn drukket alkohol, og mange drikker alkohol gjennom livet uten å utvikle et misbruk. Mange har også prøvd andre illegale rusmidler som for eksempel hasj eller marihuana, og mange av disse, vil ikke si at dette har skadet dem. I det følgende presenteres en definisjon på ruslidelse, og noen perspektiver på hva som skiller bruk av rusmidler fra misbruk av rusmidler.

Rusmidler har en fler- fasetert funksjon for mange mennesker. Det er ikke slik at noen går inn for å bruke så mye rusmidler at de blir syke av det. Forenklete teorier om hvorfor noen blir avhengige av rus er ikke uvanlig. Forenklinger kan bære preg av noe sannhet, men gjør det desto viktigere å løfte frem de komplekse sidene ved avhengighet. Rusmidler dekker forskjellige funksjoner hos ulike mennesker og forskjellig funksjon hos det enkelte mennesket avhengig av når og hvordan det brukes. Initialt er virkningen av rusmidler alltid en positiv følellestilstand. Langtids eksponering for stoffer med forsterkende virkning kan lede til avhengighet, som er karakterisert av både mengden på, og hyppigheten av inntaket, samt et uttalt sug når stoffet uteblir, til tross for negative konsekvenser (Føyn & Shaygani, 2010).

Kjerneproblematikken i utviklingen av et rusproblem er at individet gradvis mister kontrollen over sitt eget rusmiddelbruk. Det skjer en overgang fra bruk som ikke har nevneverdige negative konsekvenser til bruk som har skadelige helsemessige og/eller sosiale konsekvenser og til avhengighet, der individet på mange måter blir styrt av rusmidlene (Hole, 2014, s. 41-42).

Det er ingen entydige grenser for når forbruk av rusmidler blir definert som skadelig, samtidig er det utviklet en rekke instrumenter for å vurdere rusavhengighet og kriterier for diagnostisering av ruslidelser (Lossius, 2010).

Lund og Bretteville-Jensen (2010) skriver om begrepet misbruk, at dersom det skal skilles mellom bruk og misbruk må forskjellen på ulike rusmidler tas i betraktning, samt hvordan de blir oppfattet i vårt samfunn. Bruk av stoffer som står på myndighetens liste over illegale rusmidler vil ofte bli omtalt som misbruk. Det er allikevel ikke så enkelt, er personen misbruker hvis han har brukt hasj én gang? Og hvordan tenker man om illegalt bruk av

alkohol, for eksempel hjemmebrent? Hva med alkoholbrukere som er under 18 år, ville vi automatisk sagt at disse er alkoholmisbrukere? Disse eksemplene med flere, viser kompleksiteten i det å definere misbruk, og at det er store forskjeller på rusmidlene med henhold til hvor grensene for rusmisbruk settes. Noen ganger knyttes misbruksbegrepet opp mot legalitet, mens andre ganger knyttes det opp mot skader og problemer ved bruk av rusmiddelet. (Lund & Bretteville-Jensen, 2010). Grensen mellom de som blir definert som misbrukere, og de som ikke blir det, vil ikke bare trekkes ved gitte bruksnivåer eller ved bestemte nivåer på ruseffekten, men ved et gitt omfang av de negative konsekvensene bruken har for personen selv og for folk rundt ham eller henne i løpet av en nærmere angitt tidsperiode. Hvor mange konsekvenser som skal til, og i hvilken tidsperiode, varierer imidlertid mellom ulike typer rusmidler og atferder (Ibid).

Når inntak av rusmidler får tilstrekkelig negative konsekvenser, snakker vi om ruslidelse eller rusdiagnose. Ruslidelse kan sees på som skadelig bruk eller som avhengighet. I Norge brukes det internasjonale klassifikasjonssystemet for ulike sykdommer og lidelser, utviklet av WHO. Per nå er det den tiende utgaven av diagnosemanualen, den «Internasjonale Statistiske Klassifikasjonen av Sykdommer og relaterte Helseproblemer» (International Classification of Diseases – 10, ICD-10) som benyttes. Her knyttes rusdiagnoser dels til hvilke stoffer som brukes, og dels til bruksmønsteret. I ICD-10 skilles det mellom skadelig bruk og avhengighet (Hole, 2014). Skadelig bruk defineres som at psykoaktive stoffer brukes i et mønster som gir helseskade. Skaden kan være somatisk eller psykisk (ICD-10).

Avhengighet er ifølge ICD-10:

En rekke atferdsmessige, kognitive og fysiologiske fenomener som utvikler seg etter gjentatt stoffbruk. Vanligvis har bruker sterkt ønske om å ta stoffet, vansker med å kontrollere bruken av den, fortsatt bruk til tross for skadelige konsekvenser, stoffbruken får høyere prioritet enn andre aktiviteter og forpliktelser, økt toleranse og noen ganger en fysisk abstinensstilstand. Avhengighetssyndromet kan dreie seg om et spesifikt psykoaktivt stoff (f.eks tobakk, alkohol eller diazepam), om en gruppe stoffer (f.eks opiater) eller et bredere spekter av farmakologisk forskjellige psykoaktive stoffer.

Avhengighet kan forstås som en type tvang hvor brukeren ikke klarer å redusere misbruket, på tross av negative medisinske og psykologiske konsekvenser (Hole, 2014). Lossius (2010) påpeker at ICD-10 klassifiserer rusavhengighet og rus-skader i henhold til medisinske tradisjoner. Vurderingene og diagnosene baserer seg primært på de problemene rusmiddelet skaper for brukeren. I den kliniske hverdagen er det vanligvis mer fruktbart å betrakte rusproblemet som et relasjonelt problem, der problemet også vurderes utfra de skadene rusproblemet volder andre. Det være seg barn, familie, venner eller kolleger.

Folkehelse rapporten fra 2014 om ruslidelser i Norge poengterer at vi mangler oppdaterte tall på den faktiske forekomsten av ruslidelser i Norge (Grønholt et al., 2014). Basert på det tilgjengelige datamaterialet er omfanget derfor noe usikkert, men de stadfester at det er en antatt livstidsforekomst av ruslidelse på 10 til 20 prosent, med store variasjoner på landsbasis. Alkohol er det vanligste rusmiddelet forbundet med ruslidelse. Der er vist at livstidsforekomsten for alkoholmisbruk/alkoholavhengighet er omtrent 22,7 prosent i Oslo og om lag 9,4 prosent i Sogn og Fjordane. (Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2006).

Norge har også et relativt høyt antall mennesker som misbruker illegale rusmidler. Antall personer som injiserer narkotika har vært beregnet indirekte i flere år (Skretting, Bye, Vedøy, & Lund, 2015). Anslaget for 2013, er 8100 personer, med et konfidensintervall fra 6900 – 9800 personer som gir god sannsynlighet for å dekke det egentlig tallet (ibid). Kringlen et al

(2006) viser at livstidsforekomsten for andre ruslidelser enn alkoholmisbruk/alkoholavhengighet er om lag 3,4 prosent i Oslo og om lag 0,4 prosent i Sogn og Fjordane (Kringlen et al., 2006).

Vanedannende legemidler er også en utfordring for det norske helsevesen.” Avhengig av hvordan det regnes ut, er det mellom 30-50 000 mennesker som har et problemfylt forhold til reseptbelagte legemidler i Norge” (Bramness, 2012, s.1). Det er imidlertid vanskelig å beregne, blant annet fordi legemidler ofte skrives ut av lege, og foregår i relasjon mellom lege og pasient (Hole, 2014). Det er også et betydelig illegalt bruk av vanedannende legemidler, hvor disse anskaffes gjennom ulovlige kanaler.

Negative konsekvenser etter selve rusinntaket kan være forgiftninger, overstadig beruselse med svekket dømmekraft. Hole skriver at «de fleste vil være enige om at det foreligger et rusproblem når en person for eksempel drikker på feil tid til feil sted. Hvem som blir oppfattet å ha et problem med sitt rusinntak, er avhengig av funksjonsevne og sosiale forhold, som hvor mye personen drikker» (Hole, 2014, s. 42). Indirekte akutte skader knyttet til inntak av rus kan være drukningsulykker og trafikkulykker. Økning i alkoholkonsumet i befolkningen medfører også en økning i omfanget av voldsforbrytelser De langvarige negative konsekvensene av rusinntak kan være fare for avhengighet, samt flere somatiske og psykiske sykdommer. Relasjoner og nettverk kan bli anstrengt og brytes, blant annet fordi rusen endrer både atferd og følelser hos den som er avhengig. Inntak av rusmidler og abstinenser fører til at prioriteringer endres, og det å skaffe seg og innta rusmidler kan bli så viktig at relasjonene til andre lider under dette. Samtidig kan personen med ruslidelse føle seg stigmatisert i relasjoner til mennesker som ikke har de samme utfordringene, og søke et mer «likesinnet» miljø (Hole, 2014).

2.1 Rusmidler

Rusmidler, både alkohol, illegale rusmidler og vanedannende medikamenter dekker ulike funksjoner fra person til person, og også hos samme person, avhengig av emosjonell tilstand og ytre omstendigheter når rusmiddelet blir inntatt (Lossius, 2010). Rusmidler kan øke intensiteten i både negative og positive følelser. Mange opplever at rusmidler demper ulike former for angst og uro, og rusmidler kan fungere som en «time-out», men også øke følelser av velvære og glede. Ruslidelser utvikler seg som nevnt vanligvis gradvis, og det er glidende overganger fra å oppleve å ha kontroll, til ikke å ha kontroll. Det er langt fra alle som bruker

rusmidler som utvikler problematisk bruk, rusmisbruk eller ruslidelse. Likevel er det en betydelig gruppe som utvikler ulike former for rusavhengighet (Lossius, 2010). Under beskrives de ulike rusmidlene som er relevante for denne studien kort, med hovedvekt på alkohol, da dette er det mest fremtredende rusmiddelet her.

2.1.1 Alkohol

I Norge er det vanligste rusmiddelet alkohol. Alkohol er stoffer som inneholder det rusgivende stoffet etanol (etylalkohol). Alkoholholdige drikker kan grovt sett deles inn i tre hovedgrupper øl, vin og brennevin (Skretting et al., 2015).

I 2015 oppga over 90 prosent av befolkningen over 16 år å ha drukket alkohol i løpet av livet (Skretting et al., 2015). Alkohol er lovlig, billig, har mange bruksområder (Lossius, 2010) og er det overlegent mest brukte rusmiddelet i den vestlige kulturkrets (Skretting et al., 2015). Tidligere var det først og fremst menn som drakk alkohol, dette har imidlertid endret seg. Kvinner drikker fremdeles mindre enn menn, men kvinners alkoholkonsum ble doblet fra 1973 til 2004. I 2015 var andelen menn som oppga å ha drukket i løpet av siste 12 måneder, noe større (86 prosent) enn andelen kvinner (77 prosent) (Skretting et al., 2015).

Synet på alkoholmisbruk har endret seg betydelig de siste årene. Frem til andre verdenskrig ble alkoholmisbruk sett på som et moralsk anliggende, selv om det ble behandlet av både leger og psykiatere (Kringlen et al., 2006). Fordi alkohol er et utbredt rusmiddel som de fleste har et forhold til, blir definisjonen av hva som skiller misbruk/avhengighet og bruk et kulturelt betinget spørsmål. Med dette menes kulturen i et definert miljø personen er tilknyttet og kultur som et bredere begrep, for eksempel definert av det samfunnet man lever i, altså landet man bor i og normer, regler og politikk som er styrende. Det er ikke slik at det som i noen kretser eller sammenhenger blir sett på som et overdrevent bruk eller misbruk av alkohol, nødvendigvis er det i andre kulturelle settinger.

Det bredere kulturelle aspektet, normer og regler definert av samfunnet, blir viktig når vi spør oss om migrasjon er risikofaktor for avhengighet. Mål fra Helsemyndigheter er ikke nødvendigvis nok til å definere noen innenfor grensen for hva som er misbruk. Det vil alltid oppleves og måtte sees i en sosial, og kulturell sammenheng. Utgangspunktet for definisjonen på misbruk eller avhengighet i denne studien er ICD-10, men klassifikasjoner kan ikke

fullstendig beskrive nyansene for hva avhengighet eller misbruk kan være, og heller ikke konsekvensene dette fører med seg.

I 2009 var det totale forbruket av alkohol i Norge nærmere 8,5 liter ren alkohol per voksne innbygger (Skretting, 2011). I WHO sin rapport fra 2014 estimerer de et gjennomsnittlig forbruk på 9 liter ren alkohol per innbygger, utenom de som er avholdende. Gjennomsnittet sier ikke alt, og de aller fleste drikker mindre enn gjennomsnittet, mens en del drikker betydelig mer. En tommelfingerregel er at den tiendelen av befolkningen som drikker mest, drikker halvparten av all alkoholen (Lossius, 2010).

WHO estimerer at alkoholforbruket i 2010 var 5,9 liter ren alkohol for kvinner over 15 år (ikke medberegnet avhold) og 11,6 liter for menn over 15 år i Norge. Gjennomsnittet for begge kjønn var 9 liter ren alkohol i 2010. Til sammenlikning hadde Polen et snitt på 24, 2 liter i 2010. I Norge hadde 17,4 prosent av den mannlige og 6, 5 prosent av den kvinnelige populasjonen minst én episode med stort alkoholkonsum. Stort alkoholkonsum er definert som inntak av mer enn 60 gram ren alkohol de siste 30 dager. (WHO, 2014). I rapporten *Rusmidler i Norge 2015* av Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) rapporterer menn flere drikkedager (48) i løpet av 2015 enn kvinner (35) (Skretting et al.,2015).

Det finnes forskning som peker på at et moderat inntak av alkohol kan være helsebringende, og til og med forebygge ulike sykdommer (Fekjær, 2013). Denne forskningen blir kritisert av blant annet Fekjær i *Alcohol- A universal preventive agent -A critical analysis* (2014). Norske helsemyndigheter anbefaler ikke at det drikkes alkohol for helsen sin skyld. Helsedirektoratet anbefaler at alkoholinntaket for kvinner ikke overstiger 10 gram alkohol per dag, og at det ikke overstiger 20 gram for menn. Videre at det ikke overstiger 5 prosent av energiinntaket blant voksne (Helsedirektoratet, 2015). Det kan synes å være en diskrepans mellom hva som er anbefalt alkoholinntak og faktisk konsum. Hvordan defineres da misbruk av alkohol eller alkoholisme?

Alkohol er som beskrevet et meget utbredt rusmiddel i den norske befolkningen. Alkohol er i stor grad et allment akseptert rusmiddel, men de aller fleste har allikevel en mening om eller en opplevelse av hva *for mye* alkohol er, og hva dette kan medføre seg av negative konsekvenser for individet eller menneskene rundt individet. Dette varierer i stor grad og noen er konservative i sin oppfatning av hva som er mye, mens andre er liberale (Norlund,

2010). Mengde alkohol som konsumeres kan måles, men det vil ikke nødvendigvis si oss hva som kan defineres som misbruk. Misbruk er et begrep som endres med hensyn til kulturelle koder, og mengde alkohol målt per innbygger forteller oss ikke om samfunnet opplever konsumet som et problem. Så hva er misbruk? Norlund (2010) skriver at folks oppfatninger omfatter både hyppighet, mengde og i hvilken situasjon det drikkes. Gjennom å operasjonalisere disse begrepene, har det blitt målt hvordan vår oppfatning av alkoholisbruk har endret seg fra 1960 og frem til nå. Konklusjonen er at vi er blitt mer liberale, og folk godtar et langt hyppigere alkoholkonsum før de kaller det misbruk i dag enn de gjorde på 60-tallet. Dette kan ha sammenheng med at alkoholkonsumet generelt i befolkningen er høyere, og at jo mer en selv drikker, desto mer skal til for å bruke begrepet misbruk i sammenheng med alkohol (Norlund, 2010). Høyt alkoholkonsum og misbruk er altså ikke nødvendigvis det samme. En persons oppfatning av misbruk henger tett sammen med hvor mye en selv drikker og hvilken kontekst en person synes det er akseptabelt å drikke i. Dette har en innvirkning på hvordan en oppfatter mennesker fra andre kulturer sine drikkevaner, og hvor vidt man definerer det som misbruk. For eksempel kan vi tenke oss at det å drikke alene lettere oppfattes som misbruk.

En vanlig definisjon på «storkonsument» er en som drikker mer enn 10 cl ren alkohol pr. dag i gjennomsnitt over hele året, dvs. 36,5 liter ren alkohol pr år (Storvoll, 2010).

Alkoholkonsum i store mengder er forbundet med helserelevante problemer. Alkohol er direkte årsak til mer enn 30 sykdomstilstander, og bidrar til mange fler (Rhem, et al., 2009) ICD-10 lister opp mer enn 30 tilstander hvor ordet *alkohol* er nevnt som en del av tittelen på diagnosen. Av disse er det gruppen alkoholavhengighet som forekommer hyppigst (Rhem, et al., 2009). I tillegg til den direkte sammenhengen mellom alkohol og sykdom, medfører alkoholbruk risiko for en hel del andre sykdommer som blant annet levercirrose, forskjellige typer kreft og depresjon (Rhem, et al., 2009). WHO skriver at det er over 200 lidelser og skader som er direkte forbundet med alkohol (WHO, 2015).

Det er mulig å definere en storkonsument, men vanskeligere å si noe om hvilken mengde alkohol som skal til for å kategoriseres som skadelig bruk eller diagnostisere ruslidelse. Som nevnt spiller de sosiale og kulturelle aspektene en stor rolle i denne definisjonen. Vi kan kanskje si at et alkoholbruk som er skadelig for vedkommende sin fysiske helse, omgivelsene, relasjonene, den generelle funksjonen til vedkommende i jobb, sosialt liv, familie og lignende

over tid, og/eller som er upassende i den aktuelle kulturelle sammenheng han/hun befinner seg i, kan defineres som en ruslidelse.

Gilpin & Koob (2008) skriver i *Neurobiology of alcohol dependence* at alkoholisme kan sies å bestå av stadier som går i hverandre og kan sees på som en syklus. Stadiene er drikke/beruselse, abstinenser/negativ effekt, og forventning/planlegging. Disse stadiene interagerer med hverandre, intensiveres og leder til avhengighet.

2.1.2 Vanedannende legemidler

Vanedannende legemidler deles inn i tre grupper, sovemedisiner, angstdempende medikamenter og smertedempende medikamenter (Lossius, 2010). Vanedannende legemidler brukes i behandling av pasienter til både somatiske og psykiske lidelser. Det er godt dokumentert at vanedannende legemidler er svært avhengighetsskapende, og brukes også som misbruksstoffer med andre hensikter enn behandling av ulike lidelser.

2.1.3 Blandingsmisbruk

Mange mennesker som legges inn til rusbehandling har et misbruk av flere rusmidler, selv om det som oftest er et «hovedrusmiddel» som foretrekkes (Kronholm, 2012). Blandingsmisbruk defineres som «bruk av mer enn ett rusmiddel av samme person –brukt samtidig eller etter hverandre» (EMCDDA, 2002).

2.1.4 Illegale rusmidler

Vi velger her å beskrive sentralstimulerende stoffer, opiater og cannabis.

Cannabis er samlebetegnelsen på materiale fra plantene *Cannabis sativa* og *Cannabis indica*.

THC er det stoffet i cannabis som i hovedsak gir rus, og har psykoaktive virkninger.

Marihuana, hasjisj og cannabisolje fremstilles av cannabisplanten og kan ha ulikt nivå av

THC i seg. Den vanligste inntaksmåten av cannabis er røyking. Virkningen inkluderer følelse av eufori, avslapning, endret tidsopplevelse, redusert innlæring og hukommelse, samt humørsvingninger som panikkanfall og paranoia (Folkehelseinstituttet, 2012)

Sentralstimulerende stoffer er stoffer som amfetamin, kokain, ecstasy og MDMA. De har noe ulik inntaksmåte, de kan tas som tablett, pulver eller løses opp og injiseres. De virker alle på hjernen, gir økt våkenhet, økt selvfølelse og nedsatt appetitt. Amfetamin og metamfetamin er blant de mest brukte rusmidlene verden over (Folkehelseinstituttet, 2012)

Opioider er en fellesbetegnelse på stoffer som opiater, halvsyntetiske opioider og helsyntetiske opioider. Morfin og kodein er naturlige opioider, heroin er et halvsyntetisk opioid, og metadon og buprenofin er helsyntetiske opioider. Opioider har en smertelindrende effekt, når det brukes i misbrukssammenheng er ruseffekten kraftfull. Varigheten på ruseffekten varierer avhengig av type opioid. Heroin kan injiseres eller røykes og rusen varer som regel i noen timer (Folkehelseinstituttet, 2012).

I det følgende vil organisering av behandlingsapparatet bli beskrevet for å gi en oversikt over hvor mennesker med rusmiddelavhengighet kan søke hjelp og behandling.

2.2 Behandling for ruslidelse i nyere tid

Rusreformen i 2004 kom i kjølvannet av sykehusreformen i 2002. Ansvar for eierskap for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste ble i 2002 overført fra fylkeskommunene til staten. Det ble etter hvert etablert fire statelig eide regionale helseforetak (RHF). I 2004 ble ansvar for behandling av rusmiddelmisbruk overført fra fylkeskommunen til staten, og ble dermed en del av spesialisthelsetjenesten (Skretting et al., 2015). Rusreformens mål var ambisiøse, og det ble framholdt at rusmiddelmisbrukere med sammensatte problemer skulle få bedre tjenester. Behandling for rusmiddelmisbruk skulle utvikles til en tverrfaglig spesialisthelsetjeneste som fokuserte på helhetlige og individuelt baserte tilnærminger, med vektlegging av så vel det sosialfaglige som det helsefaglige perspektivet. Reformen var ment å sikre at rusmiddelmisbrukeres rettigheter som pasienter skal ivaretas på en bedre måte og at rusmiddelmisbrukere enklere enn tidligere skal få de spesialiserte helsetjenester som er nødvendige for å redusere somatiske og psykiske plager, i tillegg til at de skal få behandling for sine misbruksproblemer (Skretting, 2011).

En av de viktigste endringene som kom med reformen var at mennesker med rusmiddelavhengighet fikk pasientrettigheter, noe som gir rett til behandling (Lossius, 2010). Kommunene beholdt imidlertid sitt ansvar for å yte andre typer tjenester til rusmiddelmissbrukere (Skretting, 2011). I 2001 trådte den nye fastlegeordningen også på plass, slik at alle innbyggere fikk tildelt en fastlege (Skretting et al., 2015).

2.2.1 Organisering av behandlingstiltakene i dag

Behandling av mennesker med ruslidelser er et bredt felt med mange aktører. De mange kommunale, statlige og private og/eller ideelle tiltakene kan gjøre det vanskelig å orientere seg i feltet. Ansvar for tjenester til mennesker med rusmiddelavhengighet er i dag delt mellom kommune og stat (Skretting et al., 2015). All behandling av mennesker med ruslidelser er hjemlet i lovverk, som sier noe om hvem som har rett på behandling og hvem som skal yte de ulike tjenestene. Under beskriver vi en enkel oversikt over hvor de ulike tjenestene er forankret og hvilket lovverk som regulerer disse.

2.2.2 Spesialisthelsetjenesten

Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) tilbyr døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske tjenester til personer med rusproblemer. TSB er en del av spesialisthelsetjenesten og er hjemlet i lov om spesialisthelsetjeneste (Spesialisthelsetjenesteloven (sphl), 2001). Personer som får tilbud om plass får dermed pasientrettigheter. § 2-1 a.(sphl) gir de regionale helseforetakene ansvar for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, samt institusjonsplasser som kan ta imot rusmiddelavhengige med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 til 10-4. (sphl, 2001). Behandling innen spesialisthelsetjenesten er tidsbegrenset. TSB omfatter akuttbehandling, avrusning og spesialisert behandling i institusjon eller poliklinikk (Hatlebakk, 2014). De regionale helseforetakene har ansvar for behandling enten i egne institusjoner eller gjennom avtaler med private foretak eller ideelle organisasjoner. Statistisk sentralbyrå (Statistisk sentralbyrå (SSB) 2015) rapporterte at det var 1906 døgnplasser med 572 926 oppholdsdøgn i TSB i 2014, og 332 406 polikliniske konsultasjoner. Behandling for mennesker med ruslidelse foregår også i Psykisk helsevern (PHV). PHV har ikke avsatte plasser til mennesker med ruslidelse. Norsk Pasientregister (NPR) regner antall plasser ut fra

diagnose, og tallene deres vil derfor inkludere pasienter innlagt i PHV med en diagnostisert ruslidelse. For 2014 var det 9138 døgnplasser og 17739 polikliniske avtaler for denne gruppen i TSB og PHV (Helsedirektoratet, 2012).

2.2.3 Distriktpsikiatriske sentre

Distriktpsikiatriske sentre (DPS) kan sies å være et tiltak «mellom» spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. DPS kan være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten, og er den delen av psykisk helsevern som har hovedansvar for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område. Det gis behandlingstilbud både i akutsituasjoner og på bakgrunn av henvisninger. DPS skal også bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning, samt ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2006).

2.2.4 Legemiddelassistert rehabilitering

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er medikamentbasert behandling til personer med opioidavhengighet. I § 2 i forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (Lar forskriften (LAR-forskriften), 2009) står det at formålet med LAR er at personer med opioidavhengighet skal få økt livskvalitet og at den enkelte får bistand til å endre sin livssituasjon gjennom bedring av vedkommende sin optimale mestrings- og funksjonsnivå. Formålet er også å redusere skadene av opioid-avhengighet og faren for overdosedødsfall.

LAR er underlagt TSB og skal inngå i et helhetlig behandlingsforløp, og være organisert mellom spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten, primærhelsetjenesten og med pasienten i midten (Helsedirektoratet, 2010).

Substitusjonsbehandling har vært et mye diskutert tema i Norge i flere år, og kriteriene for å motta substitusjonsbehandling har endret seg gjennom tidene. I 1997 ble det vedtatt av Stortinget at substitusjonsbehandling skulle være permanent og landsomfattende (Skretting, 2011). Fra høsten 2000 ble retningslinjene for utdeling av metadon mindre restriktive. Fra 2002 ble det også startet behandling med buprenofin. I januar 2010 kom et nytt rammeverk for legemiddelassistert rehabilitering og nasjonale retningslinjer. I disse retningslinjene går det tydelig frem at det skal foretas en helhetlig vurdering av pasientens behandlingsbehov.

Det skal tas en vurdering om medikamentfrie behandlingsalternativer til tross for at pasienten er henvist til substitusjonsbehandling (Skretting et al., 2015).

2.2.5 Kommunale tiltak

Helsetjenester i kommunene blir ofte omtalt som primærhelsetjeneste. Ansvar for tjenester til mennesker med ruslidelser ligger som nevnt også hos kommunene, og er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven (hol), 2011). I § 3-1 står det at «kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne (hol, 2011).

Det finnes ingen systematisk oversikt over hvilke tilbud de ulike kommunene har til mennesker med ruslidelse (Sirus, 2015). Det er grunn til å tro at Oslo kommune, som er relevant i denne studien, har mange av tilbudene som også finnes i andre kommuner, og mest sannsynlig flere. Dette kan tenkes fordi Oslo er byen i Norge med flest innbyggere og det er også en vanlig oppfattelse at mange med ruslidelse kommer inn til byen fra andre deler av landet. Velferdsetaten er en etat i Oslo Kommune og har ansvar for tilbud til mennesker med utfordringer knyttet til bruk av rusmidler. Velferdsetaten driver de fleste tiltakene rettet mot denne brukergruppen i Oslo. Tilbudet består blant annet av sprøyterom, akutt plasser, korttidsplasser, rehabiliteringsplasser og omsorgsplasser. Endel av disse drives også av ideelle organisasjoner som for eksempel Kirkens Bymisjon.

Skadereduksjon har en sentral rolle i kommunens tilbud til mennesker med rusmiddelavhengighet. Det som i all hovedsak skiller skadereduksjon fra andre tiltak er at hensikten er å forsøke å redusere de direkte skadelige konsekvensene av rusmiddelbruket uten ambisjon om at personen skal avslutte bruken av rusmidlet (Skretting et al., 2015).

Eksempler på skadereduserende tiltak er utdeling av rene sprøyter, opprettelsen av sprøyterom og ulike bosteder med lav terskel for inntak. Varmestuer og akutt-overnattingstilbud. Disse tiltakene drives ofte i regi av kommunene, eller av ideelle organisasjoner som har avtaler med kommunen.

Det brede og differensierte tilbudet til mennesker med rusproblemer reflekterer kanskje kompleksiteten i lidelsen, og det faktum at alle pasienter er unike, og har med seg sin individuelle historie som må tas hensyn til inn i behandlingen. Det er viktig med tilrettelagt behandling for hver enkelt pasient. Noen med ruslidelse vil kun ha behov for begrenset kontakt med hjelpeapparatet, og kan oppnå tilfredsstillende resultat etter første gangs behandling. Flertallet har derimot behov for flere behandlingsopphold, og kanskje av ulik karakter for å oppleve bedring (Lossius, 2010).

2.2.6 Veien inn i behandling

Rusmiddelmissbrukere omfattes som nevnt av pasientrettighetsloven. Dette innebærer blant annet at de har fritt valg av behandlingssted. De kan velge behandlingssted i alle de fire helseregionene, men det omfatter ikke fritt valg av behandlingsnivå. En pasient kan eksempelvis ikke velge institusjonsbehandling dersom han har fått rettigheter til poliklinisk behandling (Skretting, 2011). I dag er sosialtjenesten og fastlegen likestilt i å henvise til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Skretting, 2011).

For å få plass i et av kommunens tiltak, må det søkes i samarbeid med NAV. I Oslo er det Felles Inntak som videreformidler søknader om langtidsplasser i rustiltakene og formidler akutt- og korttidsplasser.

3.0 MIGRASJON

Migrasjon er ikke et fenomen av nyere tid, men har alltid eksistert. Grunnene til at mennesker velger å flytte seg er mangefasettert. Inntrykket gjennom media er at de menneskene som flytter seg over landegrenser er mennesker på flukt, på flukt fra krig, forfølgelse eller katastrofer. Dette er viktige grunner til migrasjon, men de aller fleste menneskene som flytter seg over landegrenser gjør dette på grunn av arbeid eller utdanning (Helsedirektoratet, 2009).

Migrasjon blir sett på som en pågående endringsprosess hvor en person flytter seg fra en sosial kulturell kontekst til en annen, og bosetter seg enten for en kort periode eller permanent (Attanapola, 2013). Migrasjonsprosessen kan deles inn i tre stadier, pre-migrasjon, selve migrasjonen og post migrasjon. Prosessen innbefatter både omstendigheter i opprinnelseslandet forut for avreise, som avgjørelsen om å reise og planlegging av reisen. Selve migrasjonen er den fysiske flyttingen fra et sted til et annet. Post migrasjonen er ankomsten til mottakerlandet, hvor søknad om asyl, eller oppholdstillatelse eventuelt skjer. Her må migranten forholde seg til, tilpasse seg og lære nye sosiale koder, og involvere seg i det nye samfunnet (Bhugra & Jones, 2001; Bhugra, 2004).

«Migranter kan ta personlige valg for å fremme sine muligheter eller økonomiske situasjon, eller samfunnet kan tvinge mennesket til å reise» (Bhugra, 2004 s. 244). De ulike grunnene til at mennesker reiser fra sitt hjemland for å etablere seg i et nytt land, kan forklares gjennom «push og pull» faktorer (Bhugra & Jones, 2001; Bhugra, 2004; Lindert, von Ehrenstein, Priebe, Mielck & Brähler, 2009). «Push og pull» faktorer kan forklares ved henholdsvis faktorer som dytter personen ut av landet, som for eksempel politiske, sosiale eller økonomiske problemer. Eller ved faktorer som «trekker» personen til et annet land, som for eksempel forbedring i økonomiske forhold, utdanning og arbeidsmarked. Det har vært pekt på at de tre stadiene i migrasjonsprosessen, pre-migrasjon, selve migrasjonen og post- migrasjon er knyttet til ulike stressorer for migranten (Nielsen, Jensen, Kreiner, Norredam, & Krasnik, 2015). Avhengig av årsaken til migrasjonen kan migranten dermed være utsatt for ulike belastninger (Nielsen & Krasnik, 2010). Ved å bruke «push og pull» modellen for migrasjon kan man hevde at for en arbeidsmigrant finnes det flere «pull» faktorer enn «push» faktorer. Dette kan kanskje sees tydeligst dersom man sammenlikner arbeidsmigranter med flyktninger.

I en gjennomgang av relevant litteratur av Abebe, Lien og Hjelde (2014) finner de at pre-migrasjonsfaktorer forklarer høyere forekomst av psykiske plager blant flyktninger. Flyktninger vil i denne sammenheng i større grad ha migrert grunnet «push» faktorer. Migrasjonsprosessen kan imidlertid, uansett om den er frivillig eller ikke, beskrives som stressende (Bhugra & Jones, 2001; Carballo & Nerukart, 2001). Frivillig migrasjon påvirker også helsen og dette kan til dels forklares ved stress medført av migrasjonsprosessen (Lassetter & Callister, 2009). Abebe et al. (2014) Finner også at post-migrasjonsfaktorer kan ha innvirkning på psykisk helse.

3.1 Arbeidsmigrasjon

«Arbeidsmigrasjon er forflytning av personer fra et land til et annet, eller fra en del av landet til en annen, med den hensikt å arbeide» (International Organization for Migration, Udatert).

3.2 Arbeidsmigrasjon fra EU og EØS

Europeisk Økonomisk Samarbeidsområdet, kjent som EØS- avtalen ble inngått mellom det europeiske frihandelsforbundet (EFTA) og den Europeiske Union (EU), og gir EFTA og EØS- landene adgang til EU sitt indre marked, samtidig som den gir EU en betydelig rolle i EFTA/ EØS- landenes lovgivning. EØS- avtalen omfatter i dag alle EU-land i tillegg til Sveits, Island, Lichtenstein og Norge. Disse er ikke EU- land, men hører til gjennom EFTA/EØS (Bratsberg, Røed, & Raaum, 2014). Formålet med EØS- avtalen er å styrke handelen og de økonomiske forbindelsene mellom partene. Dette sikres gjennom like konkurransevilkår og overholdelse av samme regler. Det skal som hovedregel være fritt varebytte over landegrensene, fri bevegelighet for arbeidstakere, fri adgang for borgere i ett land til å yte tjenester i et annet land, og fri bevegelse av kapital. EØS- avtalen ble undertegnet i 1992 og trådte i kraft i 1994. I 2004 skjedde den første store utvidelsen av EØS-området mot Øst-Europa. 1 mai 2004 ble Estland, Latvia, Litauen, Tsjekkia, Slovakia, Slovenia, Ungarn, Polen, Malta og Kypros medlemmer av EU, og 1 januar 2007 ble Bulgaria og Romania medlemmer (Thorsdalen, 2016).

3.3 Arbeidsmigrasjon til Norge

Utvidelsen av EU førte til en økning i arbeidsinnvandring til Norge. Norge skiller seg fra de andre nordiske landene ved at det er mye større innvandring fra de «nye» EU-landene. En årsak til dette kan være at Norge har opprettholdt etterspørselen etter finanskrisen og EU-utvidelsene. Norge har mottatt flere arbeidsinnvandrere enn alle de andre nordiske landene til sammen (Bratsberg et al., 2014). De siste ti årene har arbeidsstyrken i Norge vokst med 300.000 personer, to tredjedeler av denne veksten kan tilskrives arbeidsinnvandring, og størstedelen av dette tilskrives innvandring fra Øst-Europa (Søholt, Tronstad, & Bjørnsen, 2014). Det er her valgt å legge vekt på migranter fra det vi har omtalt som de «nye» EU-land i Øst-Europa fordi dette som nevnt er den største gruppen migranter som kommer til Norge for å arbeide.

Andelen sysselsatte med utenlandsk opprinnelse ble doblet, fra 8 prosent i 2004 til 16 prosent i 2012. Ved utgangen av 2011 var det omtrent 100000 registrerte lønnstakere fra de «nye» EU-landene i Øst, hvorav en fjerdedel ikke var registrert bosatt i Norge, dette er ikke medberegnet det stadig økende tallet på familiemedlemmer som ikke er sysselsatte. I tillegg kommer et like stort antall arbeidsinnvandrere fra Norden og «gamle» EU-land (Friberg, Dølvik & Eldring, 2013). I 2014 var det i alt 381 825 sysselsatte innvandrere i Norge (SSB, 2015). 113 330 av disse kom fra EU-land i Øst-Europa. I 2014 var det 21 367 mennesker som kom for å arbeide i Norge (SSB, 2015). Av disse var 19 029 fra Europa (utenom Tyrkia).

Totalt var det 96 621 lønnstakere på korttidsopphold i Norge fjerde kvartal 2014. Tallet omfatter personer som arbeider i Norge uten at de er registrert som bosatt her i folkeregisteret fordi de forventes å oppholde seg i Norge i mindre enn seks måneder. Dette gjelder blant annet personer som pendler til arbeidet i Norge for lengre eller kortere perioder av gangen. Selv om en person er i Norge på korttidsopphold, kan personen altså arbeide i Norge i flere år. I fjerde kvartal 2014, var 40 990 lønnstakere på korttidsopphold med bakgrunn fra EU-land i Øst-Europa. Etter flere år med økning av svenske korttidssysselsatte hadde veksten stoppet opp i 2014, men de 27 500 svenskene utgjorde fremdeles den største gruppen blant lønnstakere på korttidsopphold (SSB, 2015).

Borgere av land med arbeidsavtale med Norge har rett til å komme inn i landet og søke jobb i inntil 6 måneder. Nordiske borgere har ingen tidsbegrensning. EØS- avtalen og andre forhold i Norge har på mange måter gjort det lettere for borgere fra Øst- Europa å komme til landet og søke arbeid, og mange har valgt å komme grunnet høyere lønninger her enn i hjemlandet, og flere muligheter til arbeid grunnet etterspørsel i arbeidsmarkedet.

Til tross for at Norge har opprettholdt høy etterspørsel etter arbeidskraft etter finanskrisen, ble arbeidsinnvandrere rammet hardere av denne krisen enn hva norske arbeidstakere ble.

Bratsberg et al. (2014, s. 277) skriver at så mange som 20 prosent av de østeuropeiske arbeidstakerne mottok arbeidsledighetstrygd (Bratsberg et al., 2014) I dag har Norge en relativt høy sysselsetting av innvandrere sammenliknet med andre land. Likevel er det stor variasjon med hensyn til landbakgrunn, kjønn og botid (Søholt et al., 2014). I følge SSB gikk den registrerte ledigheten blant innvandrere opp fra 7,4 prosent i februar 2014, til 7,6 prosent i februar 2015 (SSB, 2015). Den mest markante økningen ser vi blant innvandrere fra EU-land i Øst- Europa. Til sammenlikning gikk ledigheten i resten av befolkningen fra 2,1 prosent til 2,2 prosent i samme periode. Her synes en relativt stor forskjell mellom de to gruppene.

Arbeidsmarkedet i Norge har endret seg den siste tiden, og ledigheten har økt mest for innvandrere fra Vest-Europa, med 0,7 prosentpoeng fra fjerde kvartal 2014 til fjerde kvartal 2015 og ligger da på 4,1 prosent ledighet. Mange arbeidsinnvandrere fra Vest-Europa arbeider i oljeindustrien, og har blitt berørt av innskrenkninger i denne næringen. I fjerde kvartal 2015 lå ledigheten blant de fra Øst-Europa på 8, 2 prosent (SSB, 2016).

Mellom 2004 og 2014 innvandret 138 600 personer fra EU- medlemsland i Øst- Europa for å arbeide i Norge. Over halvparten av disse kom fra Polen, og 22 prosent kom fra Litauen. De resterende fordelte seg på de øvrige landene; Romania, Latvia, Estland, Slovakia, Bulgaria, Tsjekkia, Kroatia og Slovenia (Thorsdalen, 2016). Tre av fire av disse er menn. Kvinner har likevel utgjort en økende andel de siste årene. Kvinnene er i gjennomsnitt yngre enn mennene og har lengre utdanning. Tre av fem arbeidsinnvandrere har ligget i aldersgruppen 25- 39 år, men de siste årene har det vært en økning av de yngre (Thorsdalen, 2016).

I tabell 1 ser vi at den største definerte gruppen (utenom gruppen alle land, og Norge) sysselsatte registrert bosatte, kommer fra EU-land i Øst-Europa. Den nest største gruppen sysselsatte som er registrert bosatt kommer fra Norden utenom Norge. Lønnstakere fra EU-land i Øst-Europa og Norden utenom Norge er også de største gruppene i kategorien «ikke registrert bosatt» med henholdsvis 40990 og 35600 personer.

Tabell 1: Sysselsatte 15-74 år.

Tabell 1: Sysselsatte 15-74 år, etter bosettingsstatus og landbakgrunn (SSB)				
	Sysselsatte registrert bosatt		Lønnstakere ikke registrert bosatt	
	4. kvartal 2013	4. kvartal 2014	4. kvartal 2013	4. kvartal 2014
Alle land	2 619 000	2 650 000	90 248	96 621
Norge	2 260 579	2 268 175	5 034	4 960
Norden ellers	47 824	48 791	35 572	35 658
Vest-Europa ellers	41 390	43 182	9 288	9 248
EU-land i Øst-Europa	100 987	111 240	34 253	40 990
Polen	55 976	61 306	18 066	22 066
Litauen	21 139	23 379	8 934	10 376

Kilde: Statistisk sentralbyrå (2015)

43 prosent av arbeidsinnvandrene avsluttet sin utdanning etter videregående skole. De som kommer fra Polen og Slovakia er særlig representert i denne gruppen. Omtrent halvparten av de som kom fra Ungarn har fullført en utdanning fra universitet eller høyskole, mens hver femte litauer ikke har utdanning utover grunnskole. 90 prosent av de sysselsatte arbeidsmigrantene jobber innen sekundær- næringer som utvinning, industri, bygge og anleggsvirksomhet, eller varehandel, hotell og restaurant. Dette er også store næringer blant de som tilhører gruppen familie-innvandrere, men mange av disse jobber også, ofte i helse og sosialtjenester.

3.4 Den største gruppen arbeidsmigranter i Norge

Polen har vært det dominerende avsenderlandet når det gjelder innvandring til Norge (Friberg & Eldring, 2011). Mennesker fra Polen utgjør den klart største gruppen innvandrere i Norge, med 91.000 mennesker ved inngangen til 2015 (SSB, 2015). Til tross for at Polen er det dominerende avsenderlandet for arbeidsmigranter til Norge, er ikke Norge det dominerende destinasjonslandet for polakker som søker arbeid i utlandet (Friberg & Eldring, 2011). I følge polske migrasjonsforskere er flertallet av de som reiser ut av Polen for å finne arbeid under 35 år, de er single, er både menn og kvinner, har gode språkkunnskaper og høy utdanning. Disse reiser primært til England og Irland og tar seg jobber i serviceyrker.

Arbeidsinnvandrerne som kommer til Norge skiller seg fra den nevnte gruppen ved at de er eldre, flertallet er menn, de er over 35 år og de har dårligere språkferdigheter og utdanning. I Norge arbeider de primært innenfor manuelle yrker (Friberg & Eldring, 2011). Fafo pekte også på i en rapport at de kvinnene som kom til Norge arbeidet med renhold i private husholdninger, og at de jobbet illegalt uten å betale skatt, og uten å ha oppholdstillatelse (Friberg & Eldring, 2011).

Det har blitt pekt på at motivasjonen til disse to «gruppene» er ulik. Mens de som kommer til Norge synes å ha mer ensidig økonomiske motivasjoner, har de som reiser til England og Irland en motivasjon som er videre enn kun økonomisk, som for eksempel eventyrlyst eller et behov for selvutvikling (Friberg & Eldring, 2011). Hvilke konsekvenser har dette for de arbeidsmigrantene som kommer til Norge og hva har dette å si for hvordan de har det og får det i Norge? Under beskrives ulike forhold som er særskilte for migranter, og hvordan dette kan påvirke deres helse.

3.5 Arbeidsmigrasjon og helse

Arbeidsmigranter kan synes å møte en del utfordringer. Migrasjon kan innebære at en person bryter med familie og venner, etablerte sosiale nettverk, tradisjonelle verdier og akseptert atferd. Deretter må en etablere seg og tilpasse seg et nytt sosialt system (Carballo & Nerukart, 2001). Litteraturen viser til at migrasjonsprosessen i seg selv kan være belastende (Bhugra, 2001; Fassaert, 2009; Nielsen et al., 2014). I en gjennomgang av relevant litteratur av Abebe et al. (2014), finner de at de fleste studiene ser på migranter som en homogen gruppe,

til tross for store forskjeller. I relasjon til psykisk helse kan dette være problematisk, fordi pre-migrasjonsfaktorer kan forklare helseforskjeller blant ulike migrasjonsgrupper. Lindert et al. (2009) finner at forekomst av depresjon er to ganger så høy hos flyktninger som hos arbeidsmigranter. Pre-migrasjonsfaktorer forklarer en høyere forekomst av psykiske helseproblemer, spesielt blant flyktninger (Abebe et al, 2014). Nielsen og Krasnik (2010) finner at de fleste migranter og minoritetsgrupper synes å vurdere egen helse dårligere enn majoritetspopulasjonen. Abebe sier at også post- migrasjons faktorer kan ha innvirkning på psykisk helse. ”Økt risiko for psykisk lidelse er forbundet med høyere risiko for stress forbundet med integrering og tilpasning, manglende sosial støtte, sosioøkonomiske forhold, flere negative livshendelser, diskriminering og traumatiske pre-migrasjonsfaktorer ” (Abebe et al., 2014 s. 65). Czapka (2010) skriver at endringer i helse for eksempel kan sees i sammenheng med endringer i sosial status. Friberg og Eldring (2011) påpeker at arbeidsmigranter gjerne tar lavstatus yrker i mottakerlandet, og at de i hjemlandet ville hatt yrker med høyere status. Dette kan ha innvirkning på psykisk og fysisk helse.

Teorien om den friske migranten, eller «the healthy migrant effect» postulerer at mennesker som migrerer er generelt sunnere enn de som ikke gjør det (Sundquist, 1995). Det har blitt påpekt at de som migrerer kan være høyere utdannet, være mindre risikoutsatte og bedre i stand til å takle stressende situasjoner (Domnich, Panalto, Gasparini, & Amiciza, 2012). Fordi det er kjent at mennesker som er i jobb har bedre helse enn andre medlemmer av samfunnet som ikke er i jobb, og at arbeid er en av de viktigste grunnene til migrasjon, er det mulig å si at «the healthy worker» effekten fører til sunne migranter. Det har blitt påpekt at de som migrerer må være friskere for å mestre belastningen det er med søknadsprosesser for å komme inn i et annet land. Denne teorien om at det kun er de friskeste som migrerer har dermed noen svakheter når det kommer til tilfeller hvor en prosess for å komme inn i landet ikke er nødvendig. Dette kan eksemplifiseres med migrasjon i de Nordiske landene. Utvidelsen av EU førte også til at det ble lettere for mennesker utenfor Norden å komme inn i landet og søke arbeid. Hva dette har betydd for migrasjon av mindre friske mennesker enn tidligere er uvisst. En annen svakhet teorien om «the healthy migrant» har er evnen til fullt ut å forklare hvorfor migrantene er friskere. Det er en mulighet for at årsaken til at tilstedeværelse av bedre helse blant migranter er at dersom de blir syke velger de å reise hjem til opprinnelseslandet. Dette er omtalt som «the salmon- bias effekt» (Domnich, Panatto, Gasparini & Amicizia, 2012).

Det har også blitt pekt på at helsen til migranter synker når de har vært i mottakerlandet over tid (Lassetter & Callister, 2009; Straiton, Reneflot og Diaz, 2014). Dette kan være grunnet en rekke risikofaktorer som psykisk ubehag med det å være immigrant, mangel på inntekt, arbeidsløshet, risikoutsatte jobber, dårlige boforhold og spisevaner (Dominich et al., 2012). Det finnes forskning som tyder på at immigrantene er friskere i post- migrasjonsfasen enn de er i pre-migrasjon.

I en undersøkelse gjort av Nasjonal kompetanseenhet for migrasjon og minoritetshelse (NAKMI) blant polske arbeidsmigranter i Oslo fant de at arbeidsmigrantene vurderte egen helse som relativt god. 46 prosent oppga likevel at deres helse hadde endret seg på noe vis etter at de kom til Norge, og 26 prosent av disse svarte at endringene var negative. De negative endringene var oftest knyttet til en følelse av utmattelse og søvnløshet (Czapka, 2010). De oppga også andre endringer som for eksempel at de endret spisevaner, de valgte å bruke mindre penger på mat, og kjøpte mat de visste var dårlig for deres helse for å spare penger. De arbeidet også mer, og hadde dermed mindre fritid og tid til å hvile (Czapka, 2010). Dette kan virke til å støtte opp under at helsen til migranter forverres/ synker når de har vært i mottakerlandet over tid.

Som vist tidligere er arbeidsmigrantene som kommer til Norge for å arbeide stort sett manuellarbeidere. Arbeidet deres er tungt og fysisk krevende (Friberg & Eldring, 2011). Dette kan også senke immigrantenes helse, og gjøre at de er i mer behov av helsehjelp enn resten av samfunnet. Usikkerhet knyttet til varighet på arbeidet er også en psykisk belastning som kan utgjøre en risikofaktor.

Integrering i samfunnet kan være med på å avgjøre helsestatus. I post- migrasjonsfasen vil migranter måtte forholde seg til samfunnet i det landet de kommer til. Begrepet «akkulturasjon» er i forskning blitt brukt som en variabel som indikerer grad av tilegnelse av kulturelle verdier og livsstilen til populasjonen i det landet man kommer til» (Dalgård & Thapa, 2007, s. 2). Akkulturasjon er en av de faktorene som er forsket mest på i forbindelse med migrasjon og psykisk helse. Det kan enkelt forklares ved at graden av integrering i samfunnet varierer for migranter. Akkulturasjon assosieres med både god og dårlig psykisk helse. Dalgård og Thapa (2007) skriver at grunnen til dette er uklart.

Helsen til migranter kan også synke over tid grunnet mangel på sosial støtte eller nettverk. Czapka (2010), fant at de polske arbeidsmigrantene opplevde høy grad av savn etter familie og hjemlengsel, de fortalte også at de i liten grad hadde sosial omgang utenfor jobb, og at de følte seg diskriminert på arbeidsplassen av både norske kolleger og andre arbeidsmigranter som hadde vært i Norge i lengre tid. Dette kan være en risikofaktor for dårligere psykisk helse.

Flere studier har pekt på lavere grad av bruk av helsetjenester blant migranter.

Fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001, og alle som bor i Norge, eller som uten å være bosatt her er ansatt for å utføre arbeid i annens tjeneste i Norge, er som hovedregel medlemmer i folketrygden. Det er en forutsetning at vedkommende oppholder seg lovlig her i landet, og har rett til å ta arbeid her (NAV, 2007). I det følgende vil det bli forsøkt å peke på noen risiko- og beskyttelsesfaktorer som arbeidsmigranter kan oppleve, og som kan være med på å bestemme deres helse.

4.0 RISIKO- OG BESKYTTELSESAKTORER

Risikofaktorer kan defineres som en «hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden», videre kan man definere beskyttelsesfaktorer som en «hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med redusert sannsynlighet for fremtidig negativ psykososial utvikling» (Hole, 2014 s.48). Denne definisjonen er bred, og tillater oss å peke på forskjellige faktorer som kan være med på å øke sannsynligheten for negativ psykososial utvikling, og hvilke faktorer som er med på å beskytte mot negativ utvikling.

Det er store individuelle forskjeller på hva som kan utgjøre en risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser. Det finnes ingen spesifikk årsaksfaktor som alltid vil resultere i utviklingen av psykisk lidelse eller ruslidelse (Mykletun & Knutsen, 2009). Sårbarhet og motstandsdyktighet mot utvikling av psykiske lidelser er delvis genetisk betinget, men hvorvidt psykiske lidelser utvikles er avhengig av miljømessige faktorer (Mykletun & Knutsen, 2009). I boken *Helbredets mysterium* av Aaron Antonovsky, kritiserer han fokuset på risikofaktorer, og skriver at «risikofaktoren, eller stressfaktoren har lagt beslag på vår fantasi» (1987/2000, s. 24). Slik vi forstår dette mener han at en salutogentisk orientering, fører til at man ser på de faktorer som ser ut til å dra bevegelsen mot det sunne eller friske. Et menneske beveger seg ifølge Antonovsky heller ikke mot den sunne enden av aksene, kun ved at personen karakteriseres som en lav risikofaktor (1987/2000). Risikofaktorer er ikke utelukkende negativt, det handler om hvordan man mestrer og møter utfordringene i livet.

Identifisering av risikofaktorer kan være med på å gjøre det mulig å implementere tiltak som kan spisses mot behov som er særskilte for enkelte grupper, i dette tilfellet arbeidsmigranter. Hensikten er å se på hvilke faktorer som kan være med å gjøre at de er i en særskilt sårbar situasjon, og hva som kan beskytte mot eventuelle sårbarheter. Tilstedeværelse eller mangel på disse faktorene, betyr ikke nødvendigvis at en utvikler en psykisk lidelse. Begrepet psykisk lidelse blir brukt, og favner også ruslidelse, Dette fordi det er lite forskning på arbeidsmigranter og ruslidelse, og det er i denne studien er valgt å se på ruslidelse som en psykisk lidelse.

Genetiske faktorer utgjør en sårbarhet eller en beskyttelsesfaktor, mens livshendelser og andre miljøfaktorer bidrar til hvilke spesifikke lidelser som utvikles (Mykletun & Knutsen, 2009). Erfaringer i løpet av livet i relasjon med omsorgspersoner og utvikling av personlighet vil være med på å forme sårbarhet og motstandsdyktighet. Motstandsdyktighet hos et individ, kan sies å være ens evne til tilpasning og utvikling i møte med det som utfordrer et menneskes liv eller funksjon (Zautra & Reich, 2012). For alkoholavhengighet, alkoholmisbruk og rusmisbruk er det en beregnet arvelighet på 50-60 prosent (Mykletun & Knutsen, 2009). I denne studien er det valgt å se nærmere på risiko og beskyttelsesfaktorer som kan sies å befinne seg på et gruppenivå som nettverk og sosial støtte, og på et samfunnsnivå, som sosioøkonomisk status, migrasjon og integrasjonsprosesser.

4.1 Migrasjon og integrering

Migrasjonsprosessen er en belastning og har blitt assosiert med økt sårbarhet for psykiske helseproblemer (Bhugra & Jones, 2001; Carballo & Nerukart, 2001; Nielsen et al., 2015). Ulike grunner til at mennesker migrerer, kan som nevnt tidligere beskrives som «push og pull» faktorer. Mennesker som har migrert grunnet høy «push» faktor kan synes å være mer sårbare for psykisk lidelse enn de som migrerer grunnet arbeid. Arbeidsmigranter vil likevel kunne sies å være utsatt for negative faktorer som påvirker helsen. Frivillig migrasjon påvirker helse ved stress, rasisme, separasjon fra familie, endringer i livsstil og kulturelt miljø (Lassetter & Callister, 2009). Faktorer som diskriminering, økonomiske vanskeligheter og språkvansker kan skape stress som igjen kan legge grunnlaget for psykiske helseproblemer (Hummelvoll, 2004).

”Den sosiale og kulturelle tilpasningen til et nytt samfunn spiller en rolle for den enkeltes psykiske helse” (Bhugra & Jones, 2001, s. 220). Kulturell tilpasning innebærer at en person med en kulturell bakgrunn kommer i kontakt med en annen kulturell gruppe eller system hvor personen må tilpasse seg til den nye situasjonen og kulturen gjennom ulike strategier. Den kulturelle tilpasningsmodellen «akkulturasjon stress-modellen» fremstiller at forventninger om at individets tilpasning skal gjenspeile seg i kulturelle og atferdsmessige forandringer. Reaksjoner på den kulturelle tilpasningsprosessen kan påvirke individets psykiske helse (Berry, Uichol, Minde, & Mok, 1987).

Kunnskap om samfunnet, språket og helsevesenet se ut til å øke sjansene for at migranter benytter seg av helsevesenet (Kamperman, Komproe, & de Jong, 2007). Tilpasningsprosessen kan også sees på som en beskyttende faktor, ved at integrasjonen forbedrer muligheter, som bedre tilgang på arbeidsmarkedet. (Berry et al., 1987). Eller at prosessen er belastende og stressende i starten, men utvikler seg til å bli en positiv faktor over tid. For eksempel kan press på å lære seg norsk og integreres i norsk kultur skape stress, men gi positive effekter i lengden (Abebe et al., 2014).

En viktig del av tilpasning og integrering i et nytt land, handler nettopp om å lære seg språket. Språkbarrierer kan hindre migranters deltakelse i det norske samfunnet, og også føre til redusert bruk av helsetjenester (Czapka 2010; Goth & Berg, 2011). Det er vist at arbeidsmigranter bruker helsetjenester som for eksempel fastlege, og psykiater/psykologer sjeldnere enn den innfødte populasjonen (Goth & Berg, 2011; Nielsen et al, 2015). Språkbarriere kan bidra til mangel på forståelse av systemet og dermed bli en barriere for å søke hjelp. På denne måten kan vi si at migrasjon og grad av tilpasning til et nytt system kan være en risikofaktor for utvikling av psykisk lidelse eller belastning for arbeidsmigranter hvis de stressorene som oppstår i en slik prosess blir tilstrekkelig belastende for individet.

4.2 «The healthy migrant» hypotesen

Hypotesen «the healthy migrant» er tidligere beskrevet. Det kan også sees på som en beskyttelsesfaktor. Det finnes empiri for at migranter som velger å emigrere er friskere enn populasjonen i landet de migrerer til, og populasjonen i landet de er født i (Lassetter & Callister, 2009). Denne effekten ser ut til å reduseres over tid (Straiton et al., 2014). Det er også empiri for at frivillige migranter har dårlig helse. Dette kan forklares av at de emigrerer grunnet dårlige forhold i hjemlandet. Her må EØS-ordningen som gjør det mulig for mennesker fra medlemsland å komme for å arbeide i Norge nevnes. Dette vil som tidligere beskrevet være med på at mange ulike mennesker kommer til Norge, ikke kun de friskeste. På den måten kan vi spørre oss om «the healthy migrant» hypotesen vil være gjeldene for de fleste. Samtidig er formålet med opphold i Norge for arbeidsmigranter, nettopp arbeid, og arbeid er positivt for den psykiske helsen (Mykletun & Knutsen, 2009).

4.3 Arbeid

Vi kan tenke oss at arbeidsmigranter har en beskyttelsesfaktor i form av at de kommer til Norge for å jobbe. «Arbeid kan forebygge psykiske lidelser gjennom å tilby daglige rutiner og aktiviteter, mening, inntekt, sosialt samvær og tilhørighet» (Mykletun & Knutsen, 2009, s. 26). Økonomiske konjunkturer som påvirker arbeidsmarkedet vil på den måten påvirke psykisk helsen indirekte. For arbeidsmigranter kan dette være en relevant risikofaktor da mange går på midlertidige kontrakter, uten kontrakter og lav jobbsikkerhet (Friberg & Eldring, 2011). Mangel på kunnskap om rettigheter grunnet lite språkkunnskaper kan også gjøre at arbeidsmigranter er en utsatt gruppe. Arbeidsmigranter tar ofte jobber som er midlertidige, krever få ferdigheter og er lite attraktive for lokale arbeidskrefter (Friberg & Eldring, 2011). Det finnes selvfølgelig unntak fra dette, noe vi kan se i oljeindustrien. Manglende arbeid og usikkerhet rundt arbeidssituasjonen kan anses som en risikofaktor, på samme måte kan trygge arbeidsforhold og sosial støtte på arbeidet være en beskyttende faktor for utvikling av psykiske lidelser.

4.4 Religion

Pargament (2011) skriver at forskning om bruk av religion som mestringsstrategi fremdeles er i en startfase. Religion kan være hensiktsmessig, men også ha negativ innvirkning på helsen. Religion som mestringsstrategi kan være effektivt i en sammenheng, men vise seg lite produktiv i en annen. Å tro kan gi håp og være med på å gi mennesker mening, det kan være med på å gi individer en følelse av å være en del av noe større, og på denne måten kanskje gi bedret opplevelse av sammenheng. Det sosiale aspektet ved en religiøs tilknytning eller tro kan sørge for støtte og tilhørighet i et nettverk som for eksempel en menighet eller et samlingssted for mennesker med samme tro. En lite hensiktsmessig aspekt kan for eksempel være at bruk av rusmidler kan være et problem fordi det ikke sammenfaller med leveregler innenfor religionen eller livssynet. Dette kan gjøre det vanskelig for vedkommende som har sin tilhørighet i et religiøst nettverk eller familie, å være åpen om sitt forhold til rusmidler. Det kan kanskje også føre til en opplevelse av eksklusjon fra det etablerte nettverket når levevaner og atferd ikke sammenfaller med religionen eller livssynet i nettverket.

4.5 Sosial støtte

Polske arbeidsmigranter opplever oftere god mental helse i Polen enn i Norge. Sosial støtte er en viktig beskyttende faktor, og opplevelsen av mangel på sosial støtte er en risikofaktor for utvikling av psykisk lidelse (Mykletun & Knutsen, 2009). Scheppers et al. (2006) identifiserer mangel på sosialt nettverk og støtte fra familien som en potensiell barriere for bruk av helsetjenester blant minoriteter. Både den konkrete hjelpen man får av andre, samt opplevelsen av å få hjelp eller kunne få hjelp ved behov er viktig for hvorvidt man opplever sosial støtte (Melle et al., 2012). Hver sjettede arbeidsinnvandrere fra EU og EØS har med seg familie fra hjemlandet, det betyr at mange arbeidsmigranter reiser fra sitt nettverk i hjemlandet, og mangler sine nærmeste (Thorsdalen, 2016). Mangel på sosial støtte kan da synes å utgjøre en større risikofaktor for arbeidsmigranter enn for den øvrige majoritetsbefolkningen i Norge.

4.6 Psykisk stress

Indre og ytre stress, belastninger over tid og traumatiserende hendelser eller kombinasjoner av disse faktorene kan sees på som psykiske plager (Hole, 2014). Psykiske plager må sies å kunne være en risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser og ruslidelse. «Rusproblemer og psykiske problemer har en potensiell sterk dynamisk sammenheng» (Hole, 2014, s. 54). Noen får psykiske plager eller lidelser av å bruke rusmidler, mens andre ruser seg for å døyve psykiske plager. Derfor vil vi kunne si at belastningen eller stresset de faktorene som tidligere er nevnt kan medføre over tid, vil kunne være en risikofaktor for utviklingen av psykisk lidelse.

4.7 Sosioøkonomiske faktorer

Begrepet sosioøkonomisk status brukes ofte når vi snakker om forskjeller i helse. I samfunnsforskning hjelper det oss å dele mennesker inn i grupper, og det er vist en tydelig sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og ulikheter i helse i ulike grupper. Derfor blir lav sosioøkonomisk status ansett som en mulig risikofaktor (Mykletun & Knutsen, 2009). Lorant og Dauvrin (2012) skriver at det er nødvendig å ta i betraktning både

sosioøkonomiske forskjeller og etnisitet så lenge vi ikke kan skille påvirkningen disse faktorene har på minoriteters helse.

Ensidig fokus på etnisitet eller kulturelle forskjeller kan føre til en undervurdering av betydningen sosioøkonomiske faktorer har på helse. «I Europa har det vært vanligere å se på sosioøkonomisk status i sammenheng med helseforskjeller, heller enn etnisitet og migrasjon» (Levecque, Benavides, Ronda & Rossem, 2012, s. 53). Det er vanskelig å vite om forskjeller i helse forklares av lav sosioøkonomisk status eller av andre faktorer som kan være aktuelle for migranter, som for eksempel mangelfull integrering, språk, kulturelle forskjeller eller diskriminering og så videre (Lorant & Dauvrin, 2012) «Sosioøkonomisk posisjon viser ikke bare til ulik eksponering overfor helseskadelige faktorer. Sosiale posisjoner indikerer også ulik tilgang på kontroll og ressurser, eller mangel på slike som gir økt sårbarhet» (Dahl et al., 2014, s 64-65).

Utdanning, inntekt og yrkesstatus er de vanligste målene som brukes for å anslå hvor mennesker er plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet. Det er i dag godt vitenskapelig grunnlag for å hevde at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og risiko for psykiske lidelser (Dalgård, 2008, Murali & Oyeboode, 2004). I Europa er det funnet at de med lav sosioøkonomisk status, uansett hvordan den er målt, altså om det måles på utdanning, inntekt eller yrkesstatus, opplever mer psykiske plager og lidelser enn de som har høy sosioøkonomisk status. (Fryers, Meltzer, Jenkins, & Traolach, 2005). I følge en internasjonal kunnskapsoversikt gir lav sosial støtte, lav inntekt og fattigdom grobunn for stress og livskriser som kan fremkalle psykiske lidelser. Samt at man finner alkohol- og rusmiddelavhengighet oftere blant mennesker i lavere sosiale klasser (Murali & Oyeboode, 2004).

Studier har pekt på at en utjevning i de sosioøkonomiske variasjonene vil redusere helseulikheter noe, men ikke føre til utjevning (Lantz et al., 1998). Machenbach (2002), peker også på at interessen for sammenhengen mellom psykososiale faktorer, lav sosioøkonomisk status og dårlig helse har blitt stimulert fordi sosioøkonomisk ulikhet i sykdom og død ikke fullt ut kan forklares av helseatferd og materielle faktorer.

Det må altså finnes en annen forklaring på helseforskjeller i tillegg til sosioøkonomisk status. Det har vært fremsatt flere teorier som forsøker å forklare dette, blant annet helselatert mobilitet. Helselatert mobilitet innebærer at en person kan bevege seg opp og ned på den

sosioøkonomiske stigen, uten at det kan forklare individuelle helseforskjeller. En person som går fra liten inntekt til høy inntekt vil plasseres høyere på stigen, hvis sosioøkonomisk status måles i inntekt. Dette gir ikke nødvendigvis personen bedre helseutsikter (Elstad, 2005).

Det finnes ulike modeller for hvordan man måler sosioøkonomisk status. Elstad (2005) beskriver en matrealistisk forklaring, en helseatferdsteori og en psykososial modell. Den psykososiale modellen blir brukt for å forsøke å forstå sosioøkonomiske ulikheter i helse. Denne modellen fokuserer på mennesker i sine sosiale omgivelser, og vektlegger at mennesker er plassert i sosiale sammenhenger og interaksjoner med andre mennesker. Atferd og levevaner er ikke bare basert på individuelle valg, men er også en måte å uttrykke hvilket sosialt miljø man tilhører, ønsker å tilhøre eller hvem man vil distansere seg fra. Det dreier seg altså om sosiale normer som en må tilpasse seg for ikke å bli ekskludert eller isolert (Elstad, 2005). Dette kan ha helsemessige konsekvenser. Sentralt i denne modellen står stress.

Stress kan enkelt defineres som ”psykisk overbelastning”. Det som utløser stress er stressorer, eller de ytre påkjenninger man erfarer. Stress i seg selv er de kroppslige og mentale reaksjonene man opplever som følge av stressorene. Forekomst av uheldig stress ser ut til å øke jo lavere man er plassert i det sosioøkonomiske hierarkiet (Elstad, 2005).

Kroniske stressorer kan være kontinuerlige økonomiske vansker, langvarige vansker i privatlivet, stadig frykt for kriminalitet i nærområdet, konstant redsel for å miste jobben, eller å oppleve å bli nedvurdert i arbeidssammenheng (Elstad, 2005). Arbeidsmigranter peker på at de opplevde at de ble dårlig vurdert i jobbsammenheng, både blant norske kollegaer, og blant andre arbeidsmigranter som hadde vært i Norge i lengre tid (Czapka, 2010). Dette kan sees som en stressor, som kan være belastende for arbeidsmigranten.

Det er imidlertid ikke slik at stress automatisk utløses av en spesifikk livshendelse eller livssituasjoner. Det er forholdet mellom de krav eller utfordringer man blir stilt overfor, og de ressurser man har til rådighet for å møte disse påkjenningene som utgjør om man opplever stress eller ikke. Mestringsressurser spiller en viktig rolle i dette. Hvor stor avstand det er mellom krav og mulighetene en har for å takle disse regnes som hovedkilden til uheldig stress. Manglende ressurser har vist seg å ha sammenheng med sosioøkonomisk status (Elstad, 2005). Sosiale nettverk er en kilde til støtte i vanskelige situasjoner, og gode sosiale nettverk vil være med på å minske avstanden mellom krav og muligheter, og slik minske

stress (Elstad, 2005). For arbeidsinnvandrere er det som sagt en stor mulighet for at det sosiale nettverket er mangelfullt, og de har dermed ikke denne mestringsstrategien eller beskyttelsesfaktoren til rådighet.

Stress kan påvirke helsen ved å føre til helseskadelig atferd, som et høyere alkohol-, tobakk- og rusmiddelbruk (Elsatd, 2005). Med denne forankringen og modellen som utgangspunkt kan man si at psykisk overbelastning eller stress er en risikofaktor for utvikling av ruslidelse, eller økt inntak av rusmidler. Arbeidsmigranten vil kunne sies å i større grad være i risikozonen for å være utsatt for kroniske stressorer. Det psykososiale perspektivet fører med seg en mulig forklaring på hvorfor helseforskjeller finnes i ulike sosiale lag ved å trekke inn stress som en avgjørende faktor, det er likevel ikke sikkert at det er løsningen på hvorfor helseulikhetene oppstår.

Det er enda ikke avklart hva stress betyr for sykdomsutvikling i forhold til andre faktorer som usunne levevaner eller materielle påkjenninger (Elstad, 2005, s. 32).

Sammenhengen mellom sosioøkonomisk posisjon og psykisk lidelse varierer med diagnose. Eksempelvis kan kroniske psykiske plager redusere ens sosiale posisjon ved at det reduserer evnen til inntjening og deltakelse i arbeidslivet (Mykletun & Knudsen, 2009).

5.0 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Kunnskap om ulike innvandrersgrupper helse og bruk av helse tjenester er mangelfull og fragmentert, dette gjelder både for hvilke grupper som er studert og hvilke temaer som er belyst (Grønholt et al., 2014). Det er mangel på kunnskap om sykdomsforekomst blant innvandrersgrupper som er bosatt eller som oppholder seg midlertidig i Norge. Årsakene til dette har vist seg å være at landvariabel ikke ligger inne som en variabel i de ulike helseregistrene i Norge. I tillegg er flere av spørreskjemaene som benyttes i befolkningsundersøkelser ikke tilpasset innvandrers befolkningen med tanke på språk og metode, og man oppnår dermed lav svarprosent (Grønholt, et al, 2014).

Arbeidsinnvandring har eksistert så lenge folk har sett utsikter til arbeid og mulighet til et bedre liv andre steder (Czapka , 2009). Som nevnt tidligere ga EU- utvidelsen i 2004 økt arbeidsinnvandring til Norge. Dette har gitt Norge tiltrengt arbeidskraft, men har også ført til nye utfordringer for helsetjenester (ibid). Når store, nye grupper mennesker kommer til landet er det behov for mer kunnskap og tilrettelagte helsetjenester for disse. På bakgrunn av dette er vår undersøkelse et forsøk på å få informasjon om hvorvidt signalene fra rusfeltet stemmer med at det er en økning av arbeidsmigranter i rusbehandling i Norge.

5.1 Kompetansesenter Rus Oslo

Kompetansesenter rus Oslo (KoRus) er ett av syv regionale kompetansesenter innen rus i Norge. De arbeider på oppdrag for Helsedirektoratet og har som samfunnsoppdrag å fokusere på tidlig intervensjon, folkehelse og behandling på ulike temaer innen rus. Vi kontaktet KoRus for å høre om de på daværende tidspunkt hadde noen pågående prosjekter det var mulig å knytte et masterprosjekt til. De informerte om at de over en periode hadde fått signaler fra rusfeltet om at det var en opplevd økning av arbeidsmigranter i rusbehandling i Norge. På bakgrunn av disse signalene skulle de starte opp med en undersøkelse som var ment å kartlegge dette, og vi fikk tilbud om å knytte vår masteroppgave til en slik studie.

6.0 FORMÅL MED STUDIEN

KoRus Oslo har lenge arbeidet med spørsmål og problemstillinger knyttet til migrasjon og rus. De siste årene har KoRus stadig fått signaler fra rusfeltet om at det synes å være en økning i antall klienter med bakgrunn som arbeidsmigranter. Ettersom empirisk basert kunnskap om rusproblematikk blant arbeidsmigranter i Norge er svært begrenset, er en eksplorerende studie av interesse. Formålet med denne studien var å få mer kunnskap om arbeidsmigranter i rusbehandling i Norge. Samt undersøke om signaler fra feltet innebærer riktighet.

6.1 Forskningsspørsmål

1. Hvor høy var forekomsten av arbeidsmigranter i rusbehandling i Norge i 2014?
2. Hva karakteriserer arbeidsmigranter i rusbehandling?
3. Hvor høy var forekomsten av ruslidelser og andre lidelser blant arbeidsmigranter i rusbehandling?

7.0 METODE

KoRus har tatt initiativ til å samle informasjon om arbeidsmigranter i rusbehandling i Norge. De er ansvarlige for og har rettighetene til materialet som er innhentet, og som vi har fått tilgang til å bruke i denne masteroppgaven.

For å orientere oss på feltet og for å finne ut hvor forskningen står i dag, ble det først undersøkt nettsider som; nakmi.no, helsedirektoratet.no, ntnu.no, fafo.no, Sirius.no, Folkehelseinstituttet.no, og IMDi.no. Vi har også gjort flere Google- søk fra oktober 2015 og frem til ferdigstilling av studien. Publikasjoner og rapporter fra disse organisasjonene som omhandlet, migranter eller migrasjon ble tatt med videre. De mest brukte publikasjoner og rapporter er; Polonia, The health of polish immigrants in Norway, En demografisk beskrivelse arbeidsinnvandrere fra EU og EØS, Folkehelse rapporten, 2014 og Rusmidler i Norge.

Litteratur og relevant forskning er i denne oppgaven til dels funnet gjennom systematiske søk i databaser. Videre ble andre studier og artikler vi har brukt, funnet ved en gjennomgang av litteraturlistene i rapporter og artikler som ble funnet tidlig i prosessen.

Faglitteratur i bøker som har blitt brukt i denne studien er i hovedsak funnet ved en gjennomgang av pensumlitteratur i master i psykisk helsearbeid fra og med 2012. De mest anvendte bøkene er; Lærebok i Psykiatri, Psykiatriboken, Introduksjon til vitenskapelig metode, SPSS Survival Manual, og Fra idé til prosjekt.

Bruk av rapporter i denne oppgaven er nødvendig for å supplere forskningen. Kanskje hadde det vært mer ønskelig å hatt flere forskningsartikler, slik at resultatene kunne diskuteres i lys av annen forskning i større grad. Det har vært vanskelig å finne studier som tar for seg arbeidsmigrasjon og ruslidelse, og det har derfor vært nødvendig å styrke teori og diskusjon med kunnskap fra rapporter. Disse gir også et bilde på i hvor stor grad temaet har vært undersøkt i Norge frem til i dag, og kan i så måte bidra til at oppgaven viser innsikt i dagens situasjon.

Fordi Sirius har høy kompetanse på rusfeltet og for å forsikre oss om at vi ikke gikk glipp av relevant forskning om arbeidsmigranter og rus, ble de kontaktet med forespørsel om de kunne gjøre et litteratursøk. Vi ba om at det ble søkt på søkeordene «migration», «labour

migrants», » drug abuse» og «alcohol buse». I deres svar skrev de at de ikke hadde funnet noe særlig om arbeidsinnvandring og rus i europeiske land. Mange av resultatene etter søket gjort av Sirius er studier og artikler enten fra Asia, Latin-Amerika og USA, dreier seg om flyktninger eller krigsherjede områder og sykdommer som HIV/Aids. Dette støtter opp under at temaet arbeidsmigrasjon og rus ikke er et tema det er forsket mye på i Norge. Fafo arbeider for tiden med et prosjekt kalt arbeidsinnvandrere med brakkesyke, som undersøker rusmiddelbruk blant østeuropeiske arbeidsinnvandrere og hvilke konsekvenser det eventuelt kan ha for helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplassene.

I tabell 2 vises en oversikt over et utvalg av søkene som ble gjort over en periode fra Oktober 2015 til April 2016. I fremstillingen ser man hvordan det er funnet frem til noen av artiklene som er anvendt i denne studien. De resterende artiklene er gjort rede for fortløpende i teksten. Databasene som er brukt er tilgjengelig via HIOA.no, og er valgt ut ifra beskrivelsen av området databasene dekker. Det viktigste kriteriene for valg av databaser var at de dekket områdene psykisk helse.

Alle søk i databaser er gjort i ”advanced search”, i emnekategori, med søkefunksjonen «builder» og det er kun brukt engelske søkeord. Søkeordene er valgt etter gjennomgang av publikasjonene og rapportene, samt søkeord som muligens kunne dekke temaene i vår studie.

Tabell 2: Søk i databaser

Database/søkemotor/ Nettsted	Søkeord/ Søke- kombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søk/Treffliste
Academic Search Premier Søkefilter: Peer-reviewed/ academic journals 2001-2016	Labor migrants <i>and</i> Health	482	For bredt søk
	Labor migrant <i>and</i> mental health	60	Etter gjennomgang av tittel og/eller abstract finner vi 3 artikler: Nielsen et al, 2015 <ul style="list-style-type: none"> Fassaert et al, 2009. Perceived need for mental health care among non-western labour migrants. Lindert et al, 2009. Depression and anxiety in labor migrants and refugees –A systematic review and meta-analysis. Disse tas med for videre gjennomgang.
	Labour migrants <i>and</i> substance abuse <i>or</i> substance dependence <i>or</i> drug abuse <i>or</i> drug addiction treatment <i>or</i> substance abuse treatment <i>or</i> alcohol abuse <i>or</i> alcohol addiction	18	Etter gjennomgang av titler og/eller abstract finner vi 1 artikkel: <ul style="list-style-type: none"> Fassaert et al, 2009. Perceived need for mental health care among non-western labour migrants Denne tas med for videre gjennomgang. En del fra Asia, sex arbeidere, HIV,
PsycARTICLES Søkefilter Peer-reviewed 2001-2016	Migrant <i>and</i> mental health	13	Etter gjennomgang av titler og/eller abstract, finner vi 1 artikkel: <ul style="list-style-type: none"> Kamperman et al ,2007 Migrant Mental Health: A model for indicators of Mental Health and Mental health Care Consumption. tas med videre for gjennomgang.

Arbeidsmigrasjon som risikofaktor for ruslidelse

	Migrant workers <i>and</i> mental health	6	Finner ingen relevante artikler etter gjennomgang av titler og/eller abstract.
<p>PubMed: Søkefilter: Peer-reviewed 2001-2016 -tilgjengelig gratis artikkel Tilgjengelig på Norsk, Svensk, Dansk eller engelsk. -Alder: 19 år og over -Sortert etter relevans -Tilgjengelig abstract</p>	<p>Labor migrant <i>or</i> Labor migration <i>or</i> Migrant Worker <i>or</i> Work migration <i>or</i> Work migrant <i>and</i> Substance abuse <i>or</i> substance abuse treatment <i>or</i> drug addiction <i>or</i> drug abuse <i>or</i> alcohol abuse <i>or</i> alcohol addiction</p>	233	<p>Søket produserte mange resultater, foretok nytt søk som er vist i under.</p> <p>Notater: Mange resultater relatert til illegale innvandrere, somatiske lidelser og en del fra Asia og latinamerikanske innvandrere i USA. Systemet i disse landene skiller seg i så stor grad fra det vi har i Norge, så disse ble utelukket.</p>
<p>Utført samme søk som over Lagt til søkeord</p>	<i>and</i> In Europe	20	<p>Etter gjennomgang av titler og/eller abstract, finner vi 1 artikkel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tordable Merino I¹, Sánchez Sánchez A, Santos Sanz S, García Vicario M, Redondo Martín S. Trends in drug consumption among Immigrants between 2004 and 2008 <p>.Kun tilgjengelig på spansk. Ikke tilgjengelig via biblioteket på Høgskolen.</p>
<p>PubMed Samme søkefilter som over</p>	<p>Psychological stress <i>or</i> psychological distress <i>or</i> mental health <i>or</i> mental illness <i>or</i> <i>or</i> stress <i>or</i> psychological problems <i>and</i> Labor migrant <i>or</i> labor migration <i>or</i> migrant worker <i>or</i> work migration <i>or</i> work migrant <i>And</i> In europe</p>	96	<p>Etter gjennomgang av titler og /eller abstract finner vi 2 artikler som tas med videre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Straiton M, Reneflot A, Diaz E. Immigrants' use of primary health care services for mental health problems. • Berg JE, Johnsen E.(2004) Innlegges innvandrere oftere enn etniske nordmenn I akuttpsykiatriske avdelinger?

Arbeidsmigrasjon som risikofaktor for ruslidelse

<p>PsychInfo Søkefilter: Peer-reviewed 2001-2016 Tilgjengelig fulltekst</p>	<p>Drug abuse <i>or</i> drug addiction <i>and</i> immigrant <i>or</i> immigration <i>and</i> acculturation</p>	<p style="text-align: center;">51</p>	<p>Etter gjennomgang av titler og/eller abstract finner vi 1 artikkel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Immigration-Associated Variables and Substance Dependence av Grusser, Sabine M; Wolfling, Klaus; Morsen, Chantal P; Albrecht, Ulrike og Heinz, Andreas. <p>Ikke tilgjengelig gjennom HIOA.</p> <p>Ellers mye fra USA, fra Mexico og sør og mellom-Amerika til USA.</p>
<p>PsychInfo Søkefilter: Peer-reviewed 2001-2016 Alder: fra 18 år Tilgjengelig fulltekst engelsk</p>	<p>Immigration <i>or</i> immigrant <i>or</i> human migration <i>or</i> migrant <i>and</i> drug abuse <i>or</i> substance abuse <i>or</i> alcohol abuse <i>or</i> alcoholism <i>or</i> alcohol addiction <i>or</i> drug addiction</p>	<p style="text-align: center;">18</p>	<p>Etter gjennomgang av titler og/eller abstract: Kun artiler fra USA, eller om somatisk sykdom.</p>

Forskning vil alltid være preget av antakelser som påvirker resultater. Den forståelsen vi har med oss, kan dermed ha mye å si for resultatene, og tolkningen av materialet (Kaiser, 2000). Teorien som er gjort rede for tidligere i denne studien danner en del av grunnlaget for vår forforståelse, altså det vi har med oss av kunnskap og vår måte å forstå tema.

7.1 Design

Vår undersøkelse kan sies å være en beskrivende eller deskriptiv undersøkelse. Beskrivende undersøkelser er for eksempel undersøkelser som studerer forekomster (Friis & Vaglum, 1999). Prosjektet er innenfor et område som er relativt nytt, og et område man har begrenset med kunnskap om. I slike tilfeller er eksplorerende undersøkelser hensiktsmessig. Målet til eksplorerende undersøkelser er som regel å bli kjent med nye fenomener og å få ny innsikt (ibid.). Temaet arbeidsmigranter i rusbehandling er etter vår kjennskap, ikke forsket mye på, og det passer dermed med en eksplorerende undersøkelse for å få kunnskap. Denne undersøkelsen bærer imidlertid mest preg av å være en pilotstudie.

Det skilles på grunnforskning og anvendt forskning, hvor «grunnforskning har til mål å utvide vår kunnskap om et felt eller et virkelighetsområde helt generelt» (Kaiser, 2000 s, 45). Dersom man legger denne definisjonen til grunn, vil vår studie kunne kategoriseres som grunnforskning da den tar sikte på å få utvidet kunnskap om et felt som er lite undersøkt.

Det er i denne studien valgt å utvikle en kvantitativ spørreundersøkelse. Dette ble valgt fordi vi søkte blant annet å finne forekomst av arbeidsmigranter i behandling for ruslidelser. For å finne svar på dette var det mest egnet å bruke kvantitativ metode, da man i kvantitativ metode er opptatt av å telle opp fenomener, det vil si å kartlegge utbredelse (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Kvantitativ metode har formaliserte statistiske prosedyrer for innsamling og analyse av data. Disse spenner seg fra enkle frekvens optellinger til mer avanserte statistiske analyser. For mer avanserte analyser kreves et større datamateriale (Johannessen., et al, 2010). For eksempel bør undergrupper i populasjonen man undersøker være representert med 100 og minimum 30 for å trekke slutninger og sammenlikne grupper (Johannessen et al., 2010). I denne studien er det grunnet et lite datamateriale kun foretatt enklere statistiske analyser. Det var heller ikke hensikten å sammenlikne grupper i denne

studien, men å finne forekomst av arbeidsmigranter i rusbehandling i Norge, og å avdekke mulige risikofaktorer ved arbeidsmigrasjon.

For å få informasjon om arbeidsmigranter i behandling ble det valgt å sende spørreskjemaet til ansatte ved rusbehandlingsinstitusjoner. Ansatte ble valgt som respondenter da vi antok at disse kan gi svar på det vi ønsket å undersøke. Undersøkelsens målgruppe eller populasjon er arbeidsmigranter i rusbehandling i Norge. Kanskje kan man også si at populasjonen i denne studien er arbeidsmigranter som befinner seg i Norge, da vi ønsket å finne ut om arbeidsmigrasjon er en risikofaktor for psykisk lidelse. Johannessen definerer populasjon som en samling av alle enhetene som problemstillingen gjelder for (Johannessen et al s 240, 2010). Det kan være problematisk både å avgrense og identifisere populasjonen. I denne studien er det vanskelig både å avgrense i forhold til populasjonen med ruslidelse og populasjonen arbeidsmigranter.

Utvalget er i denne studien bestemt av KoRus, og består i stor grad av ulike behandlingsinstitusjoner for ruslidelse i hele landet, samt noen kommunale tilbud i Oslo. Oslo ble valgt fordi det er den største byen i Norge, og det antas at tilbud til mennesker med rusproblemer er godt, om ikke bedre representert i Oslo enn andre steder.

Vi opererer med ordinalnivå og nominalnivå på de ulike variablene i spørreskjemaet. Hvor pålitelige undersøkelsen er vet vi ikke, da vi ikke har gjennomført pilot- test.

7.2 Prosedyre

Spørreundersøkelsen ble utviklet som en prosess av Espen Freng og Bjørnar Bergengen ved KoRus, der vi fikk lov til å delta i denne prosessen. Espen Freng er utdannet sosialantropolog og nå ansatt ved KoRus som fagkoordinator behandlingsteam. Bjørnar Bergengen er utdannet kriminolog og ansatt KoRus i behandlingsteam. Utformingen av spørreskjema var en tidkrevende prosess hvor vi endret spørsmål, la til og trakk fra etter diskusjoner om hva som var hensiktsmessig å spørre om, og hvilke spørsmål vi trodde ville gi oss god informasjon om målgruppen. I startfasen ble Klientkartleggingsskjema som tidligere ble benyttet av Rusmiddeletaten brukt som inspirasjon til spørsmålene. Spørreundersøkelsen er imidlertid endret i så mange omganger at de ikke lenger kan ansees som like.

Datatilsynet ble kontaktet, for å sikre at undersøkelsen ikke brøt med forskningsetiske prinsipper, og at vi ikke trengte konsesjon for å sende den ut. KoRus stod for kontakten med Datatilsynet, og fikk klarsignal for utsendelse.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut per mail sommeren 2014. Følgrebrev inneholdt en kort omtale av hensikten med undersøkelsen (vedlegg 1), og opplysninger om hvem som var ansvarlige for gjennomføringen, samt et vedlegg med utdypende informasjon om bakgrunn og formålet med undersøkelsen ble lagt ved (vedlegg 2).

KoRus har en egen database med mailadresser til institusjoner som var i målgruppen for vår undersøkelse. Undersøkelsen besvares elektronisk i programmet eResearch. Det ble sendt påmelding til alle totalt tre ganger dersom de ikke hadde besvart undersøkelsen. KoRus stod for både utsending av spørreundersøkelsen og påminnelsene. De mottatte spørreskjemaene oppbevares elektronisk i eResearch. Siden krever brukernavn og er passordbeskyttet. Fordi det er KoRus som er ansvarlige for utsendelse og innhenting, har vi kun tilgang til de besvarte spørreskjemaene. Vi kan derfor ikke beregne svarprosent. «For å beregne svarprosent skiller man mellom bruttoutvalget, som består av alle respondenter som er valgt til å delta, og nettoutvalget som består av alle som faktisk deltar. Nettoutvalget, altså den andelen som svarer er bruttoutvalget fratrukket de som ikke har svart» (Johannessen et al., 2010, s.244). Det ble ikke bedt om personvernopplysninger i denne undersøkelsen.

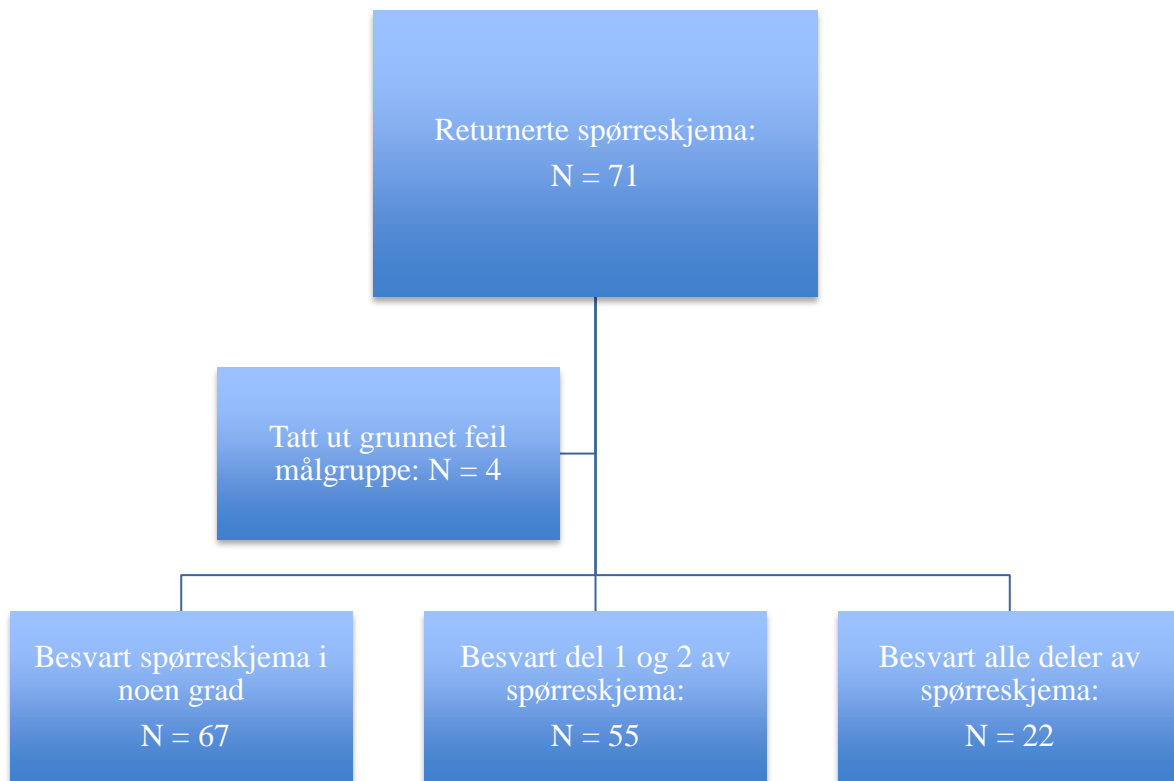
Antall besvarte undersøkelser vi fikk tilbake var 71. Ved en gjennomgang av de 71 besvarte spørreundersøkelsene, vurderte vi det til at 4 svar måtte fjernes fra datamaterialet. Dette ble gjort etter en vurdering av hvilke kjennetegn enhetene som ble inkludert hadde. Et eksempel på et eksklusjonskriterie var at klienten ikke tilhørte gruppen arbeidsmigrant. Respondenten svarte «ingen arbeidsmigrant, død nå». Det kan fremdeles finnes feilkilder i de 67 gjenværende besvarte spørreundersøkelsene. Dette blir videre diskutert i kapittel 9.5, styrker og svakheter ved studien.

Tekstsvarene i undersøkelsen har vi rekodet til nye kategorier som etter vår vurdering hørte til i samme kategori. Dette gjelder for eksempel der respondenten har beskrevet tilleggslidelser hos klienten, og hvilke andre deler av hjelpeapparatet klienten har kontakt med utover den aktuelle institusjonen. Her kodet vi svar som omhandle

Da det er KoRus som har initiert undersøkelsen, er noen av spørsmålene ikke relevante her, og er fjernet fra vår presentasjon av resultater, og diskusjon. Dette er spørsmålene om klienten er tidligere straffedømt, om klienten er fagorganisert, og om klienten er ansatt i en AKAN bedrift. Vi valgte å ta disse spørsmålene ut da de ikke i stor grad synes å gi svar på våre forskningsspørsmål. Disse spørsmålene er imidlertid med når undersøkelsen blir beskrevet.

I figur 1, flytdiagram viser vi hvordan vi har kommet frem til datamaterialet som er benyttet i denne studien.

7.2.1 Flytdiagram



Figur 1; Flytdiagram

7.3 Deltakere

Den første delen av undersøkelsen tar sikte på å kartlegge hvem respondenten er. Det var ansatte ved institusjoner for behandling av ruslidelser og ulike tiltak i Velferdsetaten som svarte på spørreskjemaet, disse besvarelsene danner grunnlaget for datamaterialet i studien.

De fleste (n = 42) av respondentene (N = 67) var ansatt ved en døgnavdeling, 8 var ansatt i Velferdsetaten. Fire jobbet på Distriktpsykiatrisk senter (DPS), mens 4 var ansatt i et botilbud. Tre jobbet poliklinisk, og 1 var ansatt i bydelstjenesten. Fem av respondentene besvarte ikke dette spørsmålet.

Flertallet av respondentene var ledere (n = 44). Syv svarte at de jobbet som psykolog, 4 var psykiatrisk sykepleier og 2 jobbet som miljøterapeut. To var fagansvarlig, en har svart idrettspedagog, 1 inntaksansvarlig, 1 merkantil, 1 spesialkonsulent, 1 miljø- og helsefagarbeider, og 1 erfaringskonsulent. To har ikke svart på hvilken stilling de har.

Flertallet (n= 39) av respondentene har vært i sin nåværende stilling i 6 år eller mer. Åtte svarte at de har vært der i 4 til 5 år, mens 6 har svart at de har vært der i 3 til 4 år. Seks har vært i stillingen i 1 til 2 år. Fire har vært i nåværende stilling i under ett år, og 3 svarte at de har vært der i 2 til 3 år. En besvarte ikke spørsmålet.

7.4 Spørreskjema

Spørreskjemaet består av tre deler. Den første delen retter seg direkte til respondenten. Respondenten er ansatt ved behandlings, eller rehabiliteringsinstitusjoner i Norge. Skjemaet ble sendt til lederen ved de ulike stedene. Det ble bedt om at en med kjennskap til klientgruppen besvarte undersøkelsen. Med kjennskap til klientgruppen menes en ansatt som har god informasjon og kunnskap om pasienter med arbeidsmigrasjonserfaring i rusbehandling. Den andre delen av spørreskjemaet ber om generell informasjon om klientgruppen. Den siste delen ber om spesifikk informasjon om en konkret klient fra målgruppen, som respondenten husker godt. Målgruppen / klientgruppen i denne undersøkelsen er arbeidsinnvandrere i rusbehandling.

Under vil spørreskjemaet beskrives detaljert.

Del 1. «Hvem er du»

Det første spørsmålet var «Ved hvilket type tiltak jobber du» Det var 5 svaralternativer; poliklinisk, døgnavdeling, DPS, Velferdsetaten og Annet. I tillegg kunne respondenten skrive i fritekst dersom han/ hun svarte «annet». Spørsmål nummer 2 var «Hva er din yrkestittel» Det var 7 svaralternativer; psykolog, lege, psykiatrisk sykepleier, miljøterapeut, vernepleier, fagansvarlig, og leder. På dette spørsmålet var det også en boks med fritekst respondenten kunne svare i. Her var teksten «Hvis annet hva». Spørreskjemaet inneholdt imidlertid ikke «annet» kategori på dette spørsmålet.

Det tredje spørsmålet var «Hvor lenge har du vært i nåværende stilling» Her var det 6 muligheter, svaralternativene var under 1 år, 1-2 år, 2-3 år, 3-4 år 4-5 og 6 år eller mer.

Det fjerde og siste spørsmålet i del 1 var; «Hvis Velferdsetaten, hvilket type tiltak?»

Svaralternativene her var; skadereduksjon, rehabilitering, lavterskel og annet.

I denne delen av undersøkelsen ønsket vi altså informasjon om hvem respondenten var, hvor han eller hun jobbet og hvor lenge vedkommende hadde vært i jobben.

Del 2. «Generelle trekk hos denne klientgruppen».

Det første spørsmålet i denne delen var «Hvor mange klienter med arbeidsmigrasjonserfaring har dere hatt de to siste år?» De 6 svaralternativene var ingen, 1, 2-5, 5-9, 10 eller flere og vet ikke. Spørsmål nummer 2 var «Har dere klienter med arbeidsmigrasjonserfaring inne i dag?» Svaralternativene var ja, nei og vet ikke. Dette spørsmålet hadde i tillegg et alternativ som var «hvis ja, hvor mange?».

Neste spørsmål var «Hvor stor prosentandel utgjorde arbeidsmigranter i 2014? Det var fire svaralternativer, disse var 0-10 %, 11-20%, 21-30%, 31% eller mer.

Det femte spørsmålet i denne delen var «Har antall klienter med arbeidsmigrasjonserfaring økt de siste to år?» Svaralternativene var ja, nei og vet ikke.

Neste spørsmål var «Registreres klientens opprinnelsesland?» Svaralternativene var ja og nei.

Det syvende spørsmålet var «Opplever du utfordringer knyttet til språk i arbeidet med klientene?» Svaralternativene var også her ja og nei.

Det siste spørsmålet var «Bruker dere noen gang tolk i arbeidet?» Svaralternativene var ja og nei.

Del 3. «Velg siste klient fra målgruppen og besvar følgende spørsmål»

De tre første spørsmålene var kjønn, alder og sivilstatus. Svaralternativene på «Kjønn» var mann og kvinne. «Alder» hadde 5 svaralternativer; under 20 år, 20- 30 år, 30-40, 40-50 og 50 år eller mer. «Sivilstatus» hadde svaralternativene gift, enslig, samboer og ukjent.

Neste spørsmål var «Har klienten egne barn?», svaralternativene var ja, nei, og vet ikke. Opprinnelsesland ble bedt om å spesifiseres i svaralternativene, Polen, Litauen, Spania, Sverige, Portugal, Annet. Her var det med et spørsmål som var «Hvis annet, hvilket land?». Det var en tekstboks som man skulle skrive svaret i. Det neste respondenten skulle oppgi var religiøs tro og livssyn, det var 6 svaralternativer; Protestant, Katolsk, Muslim, Humanetiker, Ortodoks, og Annet. Det neste spørsmålet var «Hvis annet, hva?» Her var det også en tekstboks for mulighet til å skrive.

Neste spørsmål var «Opplever du at språk er til hinder i arbeidet med klienten?» Svaralternativene var ja og nei. Det neste spørsmålet var «Hvilket språk kommuniserer du og klienten på?» De fire svaralternativene var; norsk, engelsk, via tolk og annet. Det etterfølgende spørsmålet var «Hvis annet, hva?», med tekstboks som svaralternativ. «Hvor lenge har klienten arbeidet i Norge?» var neste spørsmål. Svaralternativene var; mindre enn 1 år, 1-2 år, 3-4 år, 4-5 år, 5 år eller mer.

Neste spørsmål var «Har klienten vært i noen form for rusbehandling tidligere?» Det var 6 svaralternativer som var som følger; aldri, poliklinisk, institusjon, poliklinisk og institusjon, LAR-behandling og ukjent. Spørsmålet «Hvordan kom klienten inn i behandling?» hadde svaralternativene; henvist fra fastlege, henvist fra NAV, henvist fra spesialisthelsetjenesten, direkte fra avrusning og vet ikke.

«Bosituasjon i Norge» ble bedt om å spesifiseres med svaralternativene; bor alene, bor i kollektiv, bor med familie, ingen fast bopel og vet ikke.

Neste spørsmål var «Har klienten nettverk i Norge?» Svaralternativene her var; nei, familie, venner fra hjemlandet, arbeidskollegaer, norske venner og vet ikke.

Spørsmålet «Har klienten kontakt med andre deler av hjelpeapparatet?» hadde svaralternativene ja, nei og vet ikke. I tillegg ble det bedt om spesifisering i tekstboks under «Hvis ja, spesifiser». Neste spørsmål var; «Har klienten tidligere vært straffedømt i Norge?» Svaralternativene var ja, nei og vet ikke. Det var en tekstboks også her med «Hvis ja, beskriv forholdet».

Etter dette kom en overskrift som lød «Klientens rusmiddelprofil»

Første spørsmål etter denne overskriften var «Hva var klientens hovedrusmiddel ved behandlingsstart?» Her var det 8 svaralternativ; alkohol, cannabis, benzodiazepiner, heroin, amfetamin, kokain, blanding og annet. Neste spørsmål var «Brukte klienten andre rusmidler i tillegg til hovedrusmiddelet? Her var det 9 svaralternativer; alkohol, cannabis, benzodiazepiner, heroin, amfetamin, kokain, anabole steroider, blanding og nei.

«Misbrukte klienten rusmidler før ankomst til Norge?» hadde svaralternativene ja, nei og vet ikke. Neste spørsmål «Medisineres klienten for en psykisk lidelse?», hadde også ja, nei og vet ikke som svaralternativ. «Hvem ruset klienten seg sammen med før behandlingsstart?» hadde svaralternativene; alene, sammen med familie, sammen med andre arbeidsmigranter, et etablert norsk rusmiljø og vet ikke.

Neste spørsmål var «Har nettverket kjennskap til klientens rusmisbruk?» Dette spørsmålet hadde svaralternativene; ja, kolleger, ja, venner, ja, familie, ingen og vet ikke.

Spørsmålet «Kjenner noen i nettverket til klientens kontakt med hjelpeapparatet?» hadde svaralternativene; ja, nei og vet ikke. Neste spørsmål var «Hva opplever klienten som det største problemet med egen rusbruk?» Svaralternativene her var; tap av inntekt, tap av jobb, svekket psykisk helse, svekket fysisk helse, tap av nære relasjoner i Norge, tap av nære relasjoner i hjemlandet, ikke tematisert og annet. «Hvis annet, hva?» Hadde tekstboks som svaralternativ.

Etter dette kom en overskrift som lød «Klientens helsetilstand»

Første spørsmål etter denne overskriften var «Har klienten en diagnostisert ruslidelse?» Svaralternativene var; ja, nei og vet ikke. Spørsmål to var «Er det diagnostisert andre psykiske lidelser hos klienten?» Svaralternativene var ja, nei og vet ikke, med etterfølgende «Hvis ja, hvilke lidelser?» Dette spørsmålet hadde tekstboks som svaralternativ.

Neste spørsmål var «Hvor ble klienten eventuelt diagnostisert?» Her var svaralternativene; Norge, hjemlandet, begge steder og vet ikke. Spørsmålet «Har klienten somatiske lidelser?» hadde 5 svaralternativer; kronisk lidelse, kronisk smerte, fysisk skade, nei og vet ikke. Det hadde også «Hvis ja, beskriv nærmere» hvor tekstboks var svaralternativ.

Etter dette kom spørsmålet «Kan lidelsen knyttes til arbeidssituasjonen i Norge?» Her var svaralternativene; ja, tilstand oppstått på arbeid i Norge, ja, tilstand forverret på arbeid i Norge, nei og vet ikke.

«Klientens utdanning og arbeidssituasjon» fulgte så som ny overskrift.

Det første spørsmålet var «Hva er klientens høyeste oppnådde utdanning?» Svaralternativene var; grunnskole, ungdomsskole, videregående skole, yrkesrettet utdanning, høyere utdanning og vet ikke.

Neste spørsmål var «Hva jobber klienten med i Norge?», de 6 svaralternativene var; helse, bygg og anlegg, hygiene/renhold, økonomi/administrasjon, servicenæring og annet. Det var også med «Hvis annet, hva?» med tekstboks som svaralternativ.

Det tredje spørsmålet under denne overskriften var «Hva jobbet klienten med i hjemlandet?» Svaralternativene var; samme som i Norge, helse, bygg og anlegg, hygiene, renhold, økonomi/administrasjon, servicenæring og annet. Også her var det med et alternativ som var «Hvis annet, hva?» med tekstboks til å svare i.

Neste spørsmål var «Ansettelsesforhold ved behandlingsstart» Svaralternativene var; arbeidsledig, heltid, deltid, sesongarbeid og annet. Det neste var «Hovedinntektskilde ved behandlingsstart» Svaralternativene var; lønnet arbeid, forsørget av andre, sosialhjelp, nødhjelp, trygdeytelser, sykepenger og annet. Spørsmålet «Forsørger pasienten andre» hadde svaralternativene; ja, i Norge, ja, i hjemlandet, nei og vet ikke.

Spørsmålet «Er klienten registrert som arbeidsinnvandrere hadde tre svaralternativ; ja, nei og vet ikke.

Neste spørsmål var «Hvilket ansettelsesforhold hadde klienten ved behandlingsstart?» Svaralternativene var; fast heltid, fast deltid, midlertidig heltid, midlertidig deltid, uten arbeidskontrakt, svart arbeid, ingen og vet ikke. Spørsmålet «Hvor er klienten ansatt?» hadde fire svaralternativ; norsk firma, norsk bemanningsbyrå, utenlandsk firma og selvstendig næringsdrivende/ enkeltmannsforetak.

Neste spørsmål var «Vet du om klienten er ansatt i en AKAN- bedrift?» svaralternativene var ja, nei og vet ikke.

Undersøkelsens siste spørsmål var «Er klienten fagorganisert?» Dette spørsmålet hadde ja, nei og vet ikke som svaralternativ.

7.5 Analyser

Analysene ble utført ved hjelp av IBM SPSS (Statistisc package for the Social Sciences) versjon 22. Analysene består av ulike frekvens analyser. Frekvens analysene ble benyttet for å fremlegge resultatene systematisk og oversiktlig. Datamaterialet dannet ikke grunnlag for mer avanserte statistiske analyser. Søylediagram ble i noen tilfeller valgt, da det gir en tydeligere fremstilling av resultatene på disse spørsmålene

Figur 1, Flytdiagram, viser antall svar etter hver del av spørreundersøkelsen, som består av tre deler. Svarene fra del 1 av spørreskjemaet er som vist presentert i kapittel 7.3 om deltakere, og er ikke en del av resultatene i kapittel 8.0. Den andre delen av spørreskjemaet, som omhandler forekomst av arbeidsmigranter, er n= 55. For å fremstille disse resultatene er egendefinerte Tabeller laget. For å få ut frekvenstabeller som viste resultatene i del tre hvor respondenten har valgt én klienten, valgte vi å kun inkludere de 22 respondentene som hadde besvart disse spørsmålene i analysen, og benyttet select cases funksjonen i SPSS. Dette for å unngå mye ”missing” i fremstillingen av resultatene.

8.0 RESULTATER

Resultatene presenteres under forskningsspørsmålene de er relevante for. Resultatene som presenteres er her fra spørreundersøkelsens del 2 og 3. I del 3 har som nevnt respondenten blitt bedt om å beskrive en arbeidsmigrant. Del 3 har derfor N=22, mens del 2 har N=55.

8.1 Forekomst av arbeidsmigranter i behandling for ruslidelser i Norge i 2014

Som vist i tabell 3 svarte omtrent en tredjedel (n = 23) av respondentene (N = 55) svarte at de ikke har hatt arbeidsmigranter som klienter eller pasienter de siste to årene. Femten respondenter oppga å ha hatt 2 til 5 arbeidsmigranter. Åtte av respondentene svarte at de ikke vet, og 5 svarte at de hadde hatt 1-2 arbeidsmigranter. To respondenter hadde hatt 5-9 arbeidsmigranter, og kun 1 svarte at de hadde hatt 10 eller flere arbeidsmigranter de to siste årene. På dette spørsmålet var det 1 respondent som ikke har svart.

Tabell 3; Arbeidsmigrant de siste to år

Arbeidsmigranter siste to år	Antall	Valid Prosent
Ingen	23	42,6
1-2	5	9,3
2-5	15	27,8
5-9	2	3,7
10 eller flere	1	1,9
Vet ikke	8	14,8
Total	54	100
Missing	1	
Total	55	

Som vist i tabell 4, svarte omtrent to tredjedeler (n = 33) av respondentene at de ikke hadde arbeidsmigranter innlagt ved tidspunktet for besvarelse av undersøkelsen, 9 svarte at de hadde arbeidsmigranter innlagt, og 6 svarte at de ikke visste. Syv av 55 svarte ikke på dette spørsmålet.

Tabell 4; Arbeidsmigrant inne i dag

Arbeidsmigrant inne i dag	Antall	Valid Prosent
Ja	9	18,8
Nei	33	68,8
Vet ikke	6	12,5
Total	48	100
Missing	7	
Total	55	

I tabell 5 ser vi at det var 9 som svarte at de hadde arbeidsmigranter innlagt på tidspunktet for besvarelse av undersøkelsen, oppga 3 av respondentene at de hadde 1 klient innlagt. To svarte at de har 3 personer med arbeidsmigrasjonserfaring innlagt. En respondent svarte at de har 2 klienter med arbeidsmigrasjonserfaring. Tre av 9 oppga ikke antall arbeidsmigranter.

Tabell 5; Hvor mange arbeidsmigranter inne i dag

Hvis arbeidsmigrant inne i dag, hvor mange	Antall	Prosent
1 Klient	3	50
2 Klienter	1	16,7
3 Klienter	2	33,3
Total	49	100
Missing	6	
Total	55	

Tabell 6 viser at flertallet (n = 44) oppga at de hadde 0-10 % arbeidsmigranter i behandling i 2014. Kun 2 respondenter svarte at de hadde 11-20 %, mens 1 svarte 21-30 %. Åtte av 55 respondenter svarte ikke på dette spørsmålet.

Tabell 6; Prosent arbeidsmigrant 2014

Prosent arbeidsmigranter i 2014	Antall	Prosent
0-10 %	44	93,6
11-20%	2	4,3
21-30%	1	2,1
Missing	8	
Total	55	100

I tabell 7, ser vi at 28 av 55 respondenter svarte at det ikke har vært noen økning, 16 vet ikke, og 4 oppga at det hadde vært en økning. Det var 6 respondenter som ikke svarte på dette.

Tabell 7; Økning arbeidsmigrant siste to år

Økning arbeidsmigrant siste 2 år	Antall	Valid Prosent
Ja	4	8,3
Nei	28	58,3
Vet ikke	16	33,3
Total	48	100
Missing	7	
Total	55	

Over halvparten (n 33) registrerer klientens opprinnelsesland, mens 10 registrerer ikke dette. Tolv svarte ikke på dette spørsmålet.

8.1.1 Språk

Av 55 respondenter svarte 21 at de opplevde utfordringer med språk, og 23 at de ikke opplevde utfordringer med språk. Elleve svarte ikke på dette spørsmålet.

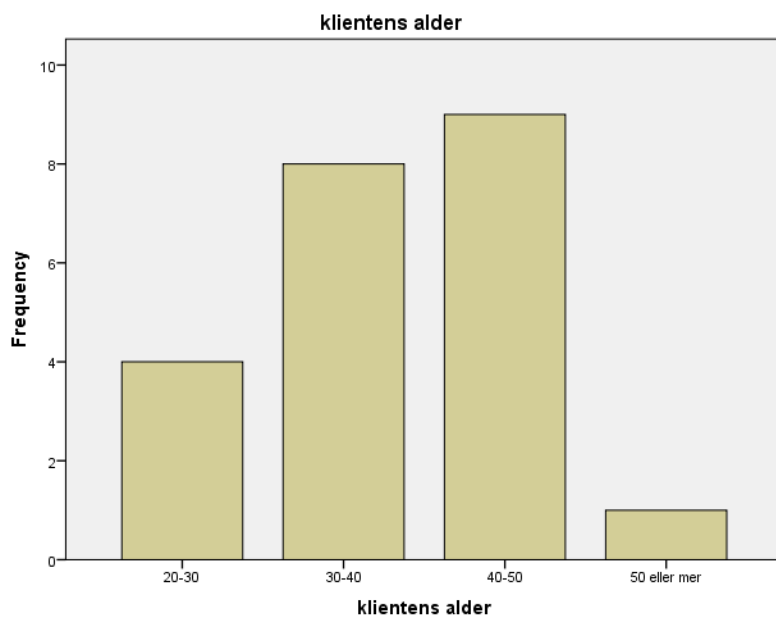
Femten respondenter benyttet tolk i arbeidet, 29 gjorde det ikke og 11 besvarte ikke spørsmålet.

8.2 Karakteristika ved arbeidsmigranter i rusbehandling

8.2.1 Sosiodemografi

Alle respondentene (N = 22) med unntak av én beskrev mannlige klienter. Figur 2 viser at den største gruppen respondenter (n = 9) beskrev klienter som var mellom 40 og 50 år. Åtte respondenter beskrev klienter mellom 30 og 40 år. Fire av respondentene beskrev arbeidsmigranter som var mellom 20 og 30 år. En respondent beskrev 1 klient som var over 50 år gammel.

Figur 2; Klientens alder



De mest representerte landene vises tabell 8, Klientenes opprinnelsesland fordeler seg slik; 6 klienter fra Polen, 3 fra Sverige, 2 fra Portugal, 2 fra Irak, 2 fra Somalia, 1 fra Litauen, 1 fra Eritrea, 1 fra Etiopia og 1 fra Finland. Tre respondenter svarte ikke på spørsmål om hvor klienten kom fra.

Tabell 8; Klientens opprinnelsesland

Klientens opprinnelsesland					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Polen	6	27,3	27,3	27,3
	Litauen	1	4,5	4,5	31,8
	Sverige	3	13,6	13,6	45,5
	Portugal	2	9,1	9,1	54,5
	Annet	10	45,5	45,5	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Syv av klientene var muslimer, 6 av klientene hadde en annen religiøs tro eller et annet livssyn enn det som er oppgitt i spørreskjema. Fire klienter var protestanter, 2 var katolikker, mens 1 var humanetiker. To respondenter har ikke besvart dette spørsmålet.

Flertallet (n = 15) av klientene ble beskrevet som enslige. To var gift og 2 var samboende. To av klientenes sivilstatus var ukjent, mens 1 respondent svarte ikke på dette spørsmålet.

Omtrent halvparten av arbeidsmigrantene (n = 10) hadde ikke barn, 8 hadde barn, og 4 av respondentene visste ikke om klienten har barn.

I tabell 9 ser vi klientens bosituasjon. De fleste av klientene (n = 9) bodde alene i Norge, 7 hadde ikke fast bopel, 3 av klientenes bosituasjon var ukjent for respondentene. To klienter bodde i kollektiv og 1 klient bodde sammen med sin familie i Norge.

Tabell 9; Klientens bosituasjon i Norge

Klientens bosituasjon i Norge					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bor alene	9	40,9	40,9	40,9
	Kollektiv	2	9,1	9,1	50,0
	Bor med familie	1	4,5	4,5	54,5
	Ingen fast bopel	7	31,8	31,8	86,4
	Vet ikke	3	13,6	13,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

På spørsmål om klienten har nettverk i Norge, svarte 5 respondenter at klienten hadde arbeidskollegaer, 4 svarte familie, 4 svarte venner fra hjemlandet, mens 4 av respondentene svarte at de ikke visste. Tre svarte nei, klienten har ikke nettverk i Norge. To svarte at klienten har norske venner.

8.2.2 Arbeidsmigrantenes utdanning og arbeidssituasjon

Som vist i tabell 10 hadde seks klienter hadde fullført grunnskole som høyeste utdanning, 5 respondenter visste ikke noe om klientens utdanning. Fire klienter hadde yrkesrettet utdanning, 3 hadde høyere utdanning og 2 hadde videregående utdanning. To respondenter svarte ikke på dette spørsmålet.

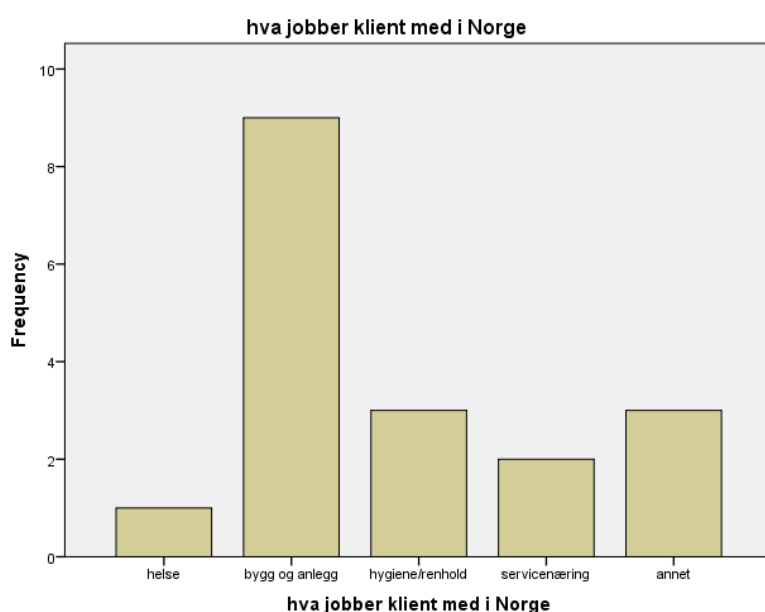
Tabell 10; Klientens utdanning

Klientens Utdanning					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Grunnskole	6	27,3	30,0	30,0
	Videregående skole	2	9,1	10,0	40,0
	Yrkesrettet utdanning	4	18,2	20,0	60,0
	Høyere utdanning	3	13,6	15,0	75,0
	Vet ikke	5	22,7	25,0	100,0
	Total	20	90,9	100,0	
Missing	System	2	9,1		
Total		22	100,0		

Seks av klientene hadde arbeidet i Norge mindre enn 1 år. Seks av klientene hadde arbeidet her i 3-4 år, mens 4 klienter hadde arbeidet her i 5 år eller mer. Tre hadde arbeidet i Norge mellom 1-2 år, og 2 hadde arbeidet her mellom 4-5 år. En besvarte ikke spørsmålet.

I figur 3: hva jobber klienten med i Norge, ser vi at halvparten svarte (n = 9) bygg og anlegg, 3 jobbet med hygiene og renhold, 2 i servicenæringen, og 1 jobbet innen helse. Under annet har en svart: vært ansatt i NAV, og 1 jobbet i fiskerinæringen. En respondent visste ikke hva klienten arbeidet med, og 4 svarte ikke på spørsmålet.

Figur 3; Klientens jobb i Norge



Seks av klientene arbeidet med det samme i hjemlandet som i Norge, mens 6 respondenter visste ikke hva klienten arbeidet med. Tre av klientene var arbeidsledige i hjemlandet, mens en klient var soldat. Seks av respondentene har ikke svart på spørsmålet.

Tre fjerdedeler (n = 15) visste ikke om klienten deres var registrert arbeidsinnvandrere i Norge. Tre respondenter svarte at klienten var registrert, mens 2 svarte at klienten ikke var registrert. To har ikke svart på dette.

Nesten halvparten (n = 9) oppga at klienten var arbeidsledig ved behandlingsstart. Fem svarte at klienten var ansatt på heltid, 2 svarte at klienten var sesongarbeider. To respondenter svarte at klienten hadde hatt et annet ansettelsesforhold. En respondent oppga at klienten var deltidsansatt. Tre respondenter svarte ikke på dette spørsmålet. Det var 9 respondenter som svarte på hvor klienten var ansatt ved behandlingsstart, av disse har henholdsvis 7 svart at de var ansatt i et norsk firma, 1 var ansatt i norsk bemanningsbyrå, og 1 selvstendig næringsdrivende/enkeltmannsforetak.

Tabell 11 viser at den største gruppen (n = 8) hadde sosialhjelp som hovedinntekt ved behandlingsstart, mens 5 klienter mottok trygdeytelser og 5 klienter hadde lønnet arbeid. Tre oppga sykepenger som hovedinntektskilde ved behandlingsstart og 1 respondent svarte ikke på spørsmålet.

Tabell 11; Klientens hovedinntekt ved behandlingsstart

Klientens hovedinntektskilde					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lønnet arbeid	5	22,7	23,8	23,8
	Sosialhjelp	8	36,4	38,1	61,9
	Trygdeytelser	5	22,7	23,8	85,7
	Sykepenger	3	13,6	14,3	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Halvparten av klientene (n = 11) forsørget flere enn seg selv. Fire oppga at klienten forsørget noen i sitt hjemland, mens 3 forsørget noen i Norge. Tre respondenter svarte at de ikke visste, og 1 svarte ikke.

8.2.3 Behandling

Fem av respondentene visste ikke om deres klient hadde vært i rusbehandling tidligere, mens 4 av klientene hadde ikke vært i rusbehandling. Fire hadde vært i poliklinisk behandling og 4 hadde tidligere vært på institusjon. Respondentene oppga at 3 av klientene hadde vært i både poliklinisk behandling og på institusjon, og 2 av klientene hadde vært i LAR- behandling.

Tabell 12 viser at klientene var henvist til behandlingen av fastlege, (n = 6), NAV (n = 6), 5 respondenter visste ikke hvem som henviste klienten, og 4 var henvist fra spesialisthelsetjenesten. En respondent svarte at klienten kom direkte fra avrusning.

Tabell 12; Hvordan kom klienten inn i behandling

Hvordan kom klienten i behandling?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Henvist fra fastlege	6	27,3	27,3	27,3
	Henvist fra NAV	6	27,3	27,3	54,5
	Henvist fra spesialisthelsetjeneste	4	18,2	18,2	72,7
	Direkte fra avrusning	1	4,5	4,5	77,3
	Vet ikke	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Nesten halvparten (n = 10) av klientene har kontakt med andre deler av hjelpeapparatet. Syv respondenter visste ikke, og 4 av respondentene svarte at klienten ikke har kontakt med andre deler av hjelpeapparatet. En respondent svarte ikke på spørsmålet. Av de 10 som svarte at klienten har kontakt med andre deler av hjelpeapparatet, spesifiserte 7 at klienten hadde kontakt med henholdsvis; tidligere institusjon og NAV, fastlege og NAV, NAV og psykisk helseteam i bydel, legevakt og medisinsk klinikk, ruskonsulent i bydel, fastlege og DPS og NAV.

Omtrent halvparten (n = 10) av respondentene visste ikke om nettverket kjente til klientens kontakt med hjelpeapparatet. Den andre halvparten (n = 9) svarte at nettverket hadde kjennskap til kontakten med hjelpeapparatet, og 2 svarte at nettverket ikke kjente til klientens kontakt med hjelpeapparatet. 1 respondent besvarte ikke spørsmålet.

8.2.4 Kommunikasjon

I tabell 13 ser vi at omtrent en tredjedel (n=8) av respondentene opplevde at språk var til hinder i det daglige arbeidet med klienten. 14 opplevde ikke at språk var til hinder med den valgte klienten.

Tabell 13; Opplever du at språk er til hinder i daglig arbeid med klient

Opplever du at språk er til hinder i det daglige arbeidet med klienten					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	8	36,4	36,4	36,4
	Nei	14	63,6	63,6	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

Majoriteten (n=16) kommuniserte på norsk, 3 kommuniserte på engelsk, og 3 svarte at de kommuniserte på annet vis enn det som var oppgitt som svaralternativer. Det var 5 respondenter som besvarte spørsmålet «hvis annet språk». Her oppga 2 respondenter polsk, 1 oppga blanding av norsk og tegnspråk, 1 svensk, og 1 oppga norsk til daglig og tolk i møter.

8.2.5 Rus

I tabell 14 viser oversikt over hovedrusmiddel ved behandlingsstart. Omtrent halvparten (n = 11) av klientene brukte alkohol som hoved-rusmiddel ved behandlingsstart. Fem brukte heroin, 2 brukte benzodiazepiner, 1 cannabis, 1 amfetamin og 1 brukte en blanding av flere rusmidler. 1 svarte ikke

Tabell 14; Hovedrusmiddel ved behandlingsstart

Hovedrusmiddel ved behandlingsstart					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Alkohol	11	50,0	52,4	52,4
	Cannabis	1	4,5	4,8	57,1
	Benzodiazepiner	2	9,1	9,5	66,7
	Heroin	5	22,7	23,8	90,5
	Amfetamin	1	4,5	4,8	95,2
	Blanding	1	4,5	4,8	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Åtte av klientene brukte ikke andre rusmidler i tillegg til hoved- rusmiddelet, 4 brukte benzodiazepiner, 3 brukte en blanding i tillegg til hoved-rusmiddelet. To brukte cannabis, 1 brukte heroin, og 1 alkohol. Tre respondenter svarte ikke på dette spørsmålet.

I tabell 15 ser vi at over halvparten av respondentene (n = 12) svarte at de ikke visste om klienten misbrukte rusmidler før de kom til Norge, 5 av klientene brukte rusmidler før de kom hit, mens 4 brukte ikke rusmidler før de kom til Norge. En av respondentene svarte ikke på spørsmålet.

Tabell 15; Brukte klienten rusmiddel før ankomst til Norge

Brukte klienten rusmiddel før ankomst til Norge					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 ja	5	22,7	23,8	23,8
	2 nei	4	18,2	19,0	42,9
	3 vet ikke	12	54,5	57,1	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

Tabell 16 viser at omtrent en tredjedel av respondentene (n = 8) visste ikke hvem klienten ruset seg sammen med før behandlingsstart. Seks av klientene ruset seg alene, mens 3 svarte sammen med et etablert norsk rusmiljø, 2 svarte sammen med andre arbeidsmigranter, og 1 respondent svarte at klienten ruset seg sammen med familie. To av respondentene svarte ikke på dette spørsmålet.

Tabell 16; Kjenner nettverk til klientens rusproblem

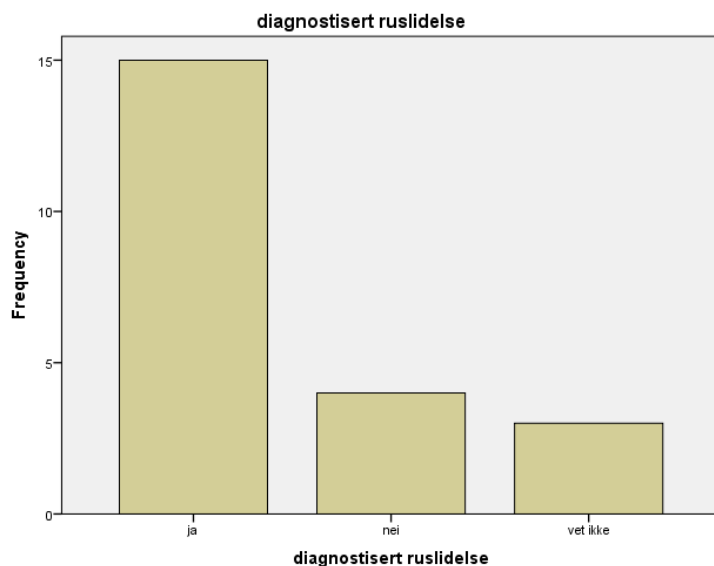
Har nettverket kjennskap til klientens rusproblem?					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja, kollegaer	3	13,6	15,0	15,0
	Ja, venner	3	13,6	15,0	30,0
	Ja, familie	6	27,3	30,0	60,0
	Vet ikke	8	36,4	40,0	100,0
	Total	20	90,9	100,0	
Missing	System	2	9,1		
Total		22	100,0		

Over en tredjedel av respondentene hadde ikke informasjon om nettverket var kjent med klientens rusmisbruk (n = 8) For 6 av klientene var familien kjent med rusmisbruket, mens 3 svarte at kolleger kjenner til det, og 3 svarte at venner kjenner til klientens rusmisbruk. 2 av respondentene har ikke svart på dette.

8.3 Forekomst av ruslidelse og andre lidelser hos arbeidsmigranter i rusbehandling

Figur 4 viser at majoriteten (n = 15) av klientene hadde en diagnostisert ruslidelse, mens 4 hadde ikke en diagnose, og 3 svarte at de ikke visste.

Figur 4; Diagnostisert ruslidelse



I tabell 17, ser vi at ni av respondentene (N = 22) svarte at det var diagnostisert en psykisk lidelse. Åtte klienter hadde ingen diagnostisert psykisk lidelse, og 5 av respondentene svarte at de ikke visste.

Tabell 17; Diagnostisert annen psykisk lidelse

Diagnose annen psykisk lidelse					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ja	9	40,9	40,9	40,9
	Nei	8	36,4	36,4	77,3
	Vet ikke	5	22,7	22,7	100,0
	Total	22	100,0	100,0	

På spørsmål om hvilken lidelse som er diagnostisert svarte 8 av respondentene med sine egne ord i kommentarfelt; «blandet angst og psykisk lidelse», «ADHD og mulig bipolar», «PTSD», «traumatiske lidelser», «tentativ PTSD», «depressiv lidelse, PTSD og angst», «Moderat depresjon», «depresjon og PTSD».

Elleve av arbeidsmigrantene var ikke medisinerert for en psykisk lidelse, 8 var det, 2 av respondentene visste ikke og 1 svarte ikke på spørsmålet.

De fleste av klientene (n = 14) var diagnostisert i Norge. Et fåtall (n = 3) hadde blitt diagnostisert i både hjemlandet og i Norge, og 3 av respondentene svarte at de ikke visste hvor klienten ble diagnostisert. To respondenter har ikke svart på dette spørsmålet.

Tabell 18 viser at underkant av halvparten (n = 9) av respondentene svarte at klienten ikke har en somatisk lidelse i tillegg til ruslidelsen, mens 4 svarte fysisk skade og 4 svarte at de ikke vet. 2 svarte kronisk lidelse og 2 svarte at klienten hadde kronisk smerte. 1 respondent har ikke svart på spørsmålet. Fem av respondentene beskrev den somatiske lidelsen nærmere. Tre av disse oppga at det dreide seg om ryggskade, og 2 svarte at det var alkoholrelaterte skader.

Tabell 18; Somatisk lidelse

Somatisk lidelse					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kronisk lidelse	2	9,1	9,5	9,5
	Kronisk smerte	2	9,1	9,5	19,0
	Fysisk skade	4	18,2	19,0	38,1
	Nei	9	40,9	42,9	81,0
	Vet ikke	4	18,2	19,0	100,0
	Total	21	95,5	100,0	
Missing	System	1	4,5		
Total		22	100,0		

For 13 av klientene mente respondentene at lidelsen ikke kan knyttes til arbeidssituasjonen i Norge. Seks av respondentene svarte at de ikke vet, og 1 svarte at tilstanden ble forverret på arbeid i Norge. To av respondentene har ikke svart på dette spørsmålet.

I tabell 19, vises en oversikt over hva klienten selv opplever som det største problemet med sitt rusmisbruk svarte 8 svekket psykisk helse, 4 svarte tap av jobb, 2 svarte svekket fysisk helse, 2 svarte at dette ikke var tematisert, 1 svarte tap av nære relasjoner i Norge, 1 svarte tap av mulighet til å etablere normalt liv og 1 svarte familie og helse. Tre respondenter besvarte ikke spørsmålet.

Tabell 19; Klientens oppfatning av største problem med rusbruk

Klientens oppfatning av største problem med rusbruk					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tap av jobb	4	18,2	22,2	22,2
	Svekket psykisk helse	8	36,4	44,4	66,7
	Svekket fysisk helse	2	9,1	11,1	77,8
	Tap av nære relasjoner i Norge	1	4,5	5,6	83,3
	Ikke tematisert	2	9,1	11,1	94,4
	Annet	1	4,5	5,6	100,0
	Total	18	81,8	100,0	
Missing	System	4	18,2		
Total		22	100,0		

9.0 DISKUSJON

9.1 Hovedfunn i studien.

Det er ikke mulig å stadfeste forekomsten av arbeidsmigranter i behandling for ruslidelser i Norge, og hvorvidt denne er lav eller høy sammenlignet med den øvrige populasjonen i behandling. Bare 15 av respondentene oppga å ha hatt mellom to og fem arbeidsmigranter på sin institusjon i løpet av de siste to årene. På tidspunkt for undersøkelsen var det kun 9 respondenter som svarte at de hadde arbeidsmigrant innlagt. De fleste respondentene hadde ikke opplevd noen økning av klienter med arbeidsmigrasjonserfaring de siste to årene. Datagrunnlaget for å beskrive arbeidsinnvandrere med rusproblematikk kan derfor betegnes som magert.

Det er 22 respondenter som har beskrevet én klient i undersøkelsen. Alle unntatt en av disse er menn. De fleste bor i Norge uten familie, syv var uten fast bopel og nesten halvparten var arbeidsledige ved behandlingsstart. Majoriteten hadde en diagnostisert ruslidelse, og ni hadde diagnostisert en psykisk lidelse i tillegg til ruslidelse. Halvparten av arbeidsmigrantene hadde alkohol som hovedrusmiddel ved behandlingsstart. Det var flest som oppga svekket psykisk helse som det største problemet med sin rusmiddelavhengighet. Det er gjennomgående mye manglende svar, og høy andel respondenter som har oppgitt «vet ikke» på flere av spørsmålene som inngikk i spørreundersøkelsen.

9.2 Forekomst av arbeidsmigranter i behandling for ruslidelse i Norge.

Det er ikke mulig å finne svar på spørsmålet om forekomst av arbeidsmigranter i behandling for ruslidelser i Norge ut ifra denne studien. Imidlertid oppgir flertallet ($n = 15$) av de som har svart på spørsmålet, at de hadde hatt mellom to til fem arbeidsmigranter inneliggende siste to år. Omtrent to tredjedeler ($n = 33$) hadde ikke arbeidsmigranter inneliggende ved tidspunktet for undersøkelsen, og de fleste ($n=44$) oppga å ha mellom 0- 10 prosent arbeidsmigranter i behandling i 2014. På spørsmål om hvor mange prosent arbeidsmigranter utgjorde i 2014, er det relativt mange ($n =8$) som ikke har svart, dette kan tolkes dit hen at respondenten ikke sitter med informasjonen. Å oppgi prosent for en gruppe, er utfordrende uten å ha oversikt over inneliggende pasienter i 2014. Ti av respondentene oppga at de ikke registrerer opprinnelsesland, og 12 svarte ikke på spørsmålet. Dette er i overensstemmelse med

Folkehelse rapporten 2014 (Grønholt., et al, 2014), som pekte på at landvariabel ikke ligger inne som en variabel i ulike helseregister. Manglende registrering gjør det vanskelig å sammenligne og innhente informasjon om ulike grupper som mottar helsehjelp. Noe som igjen kan gjøre det utfordrende å tilrettelegge helsetjenester, og drive forebyggende arbeid rettet mot spesifikke befolkningsgrupper. I en gjennomgang av relevant litteratur fra 2014, er mange av de identifiserte risikofaktorene fra studier hvor det ikke skilles på ulike «grupper» migranter. Det gjør det vanskelig å finne hvilke faktorer som er gjeldende for de ulike gruppene (Abebe et al.,2014). Det er ikke nødvendigvis sikkert at landbakgrunn er viktig å definere for å kunne tilrettelegge hjelp, men en del studier peker i retning av at det er viktig å skille arbeidsmigranter fra flyktninger, da disse potensielt har svært ulike pre-migrasjonserfaringer (Abebe et al., 2014; Bhugra & Jones, 2001; Nielsen & Krasnik, 2010; Sundquist, 1995).

Pre-migrasjonserfaringer kan være avgjørende for hvilke risiko- og beskyttelsesfaktorer som er gjeldene. En annen mulig forklaring på manglende svar på prosentandel arbeidsmigranter i behandling, er at det er vanskelig for respondenten å definere hvilke klienter som defineres som arbeidsmigranter. Manglende svar, og mange ”vet ikke” svar, bidrar til at det begrensede materialet, blir magrere. Det er derfor ikke mulig å sammenligne tall på hvor mange arbeidsmigranter som har vært innlagt i 2014, med øvrig populasjon av arbeidsmigranter i Norge. Behandling av ruslidelse kan foregå i TSB, Psykisk helsevern og på kommunalt nivå. Det ble i 2012 forsøkt å samle informasjon om de ulike tjeneste-tilbudene i kommunen, ved å sende ut spørreskjema, dette resulterte i mangelfulle svar og det er ikke mulig å si noe om antall plasser eller liggedøgn på institusjoner for mennesker med rusmiddelavhengighet i kommunene (Skretting et al., 2015).

Det er uttrykt en mulig økning i antall arbeidsmigranter i rusbehandling fra feltet. Antagelser eller myter kan bli tatt for å være etablerte sannheter. Noen myter lever sitt eget liv, og vil kunne bli tatt for å være allment aksepterte sannheter. Svar på forekomst i denne studien, kunne vært et bidrag til økt kunnskap, og til at det på et senere tidspunkt kunne vært mulig å avklare om det var en økning av arbeidsmigranter i behandling for ruslidelser i de undersøkte institusjonene. Her melder det seg et nytt problem ved antagelser om økning, en økning fordrer at det er gjort tidligere målinger. Eller som i dette tilfellet at det finnes tilgjengelig informasjon om både landbakgrunn og årsak for migrasjon. Denne studien kan ikke understøtte en økning, det var kun fire av respondentene som opplevde at dette. Spørsmål om

opplevelse kan heller ikke bidra til stadfestelse av økning. Det må også tas høyde for at svar på forekomst i denne studien kun ville sagt noe om hvor mange som befant seg i de valgte institusjonene. Arbeidsmigranter kan befinne seg i andre tiltak. Vi vet at veien inn i behandling er lang og komplisert. Selv vi som jobber i rusfeltet har tidvis vansker med å orientere oss i behandlingsapparatet. Undersøkelsen hadde et lite utvalg i kommunale tiltak, og det hadde vært interessant å se nærmere på tiltak i dette behandlingsnivået.

Lassetter og Callister (2009) beskriver re-migrasjonshypotesen, hvor migranter som blir syke reiser tilbake til hjemlandet, denne hypotesen kan være gjeldene for arbeidsmigranter med utfordringer knyttet til rusmiddelbruk i Norge. I Czapka (2010) sin studie av polske arbeidsmigranter i Norge, benytter informantene deg oftere av lege i Polen enn i Norge. Hvis de blir syke vil de benytte seg av lege i Polen i 50 prosent, til sammenligning benytter de seg av lege 18 prosent av tilfellene i Norge. Czapka hevder også at flybilletter til Polen er så rimelige at det kan tenkes at mange reiser hjem hvis de blir syke. Disse migrantene har kommet til Norge for å arbeide, og dersom de blir så syke at de ikke kan arbeide, er det tenkelig at de vil reise hjem. Forekomst kunne gitt svar på om arbeidsmigranter i Norge ikke er overrepresentert i behandling for ruslidelser. Det er mulighet for at arbeidsmigranter ikke er en gruppe med utpreget sårbarhet for rusmiddelavhengighet, og derfor ikke er å finne i stort antall i behandling for ruslidelse.

Det var 22 arbeidsmigranter som ble beskrevet i undersøkelsen. Under diskuterer vi funnene ut i fra de to siste forskningsspørsmålene, hva karakteriserer arbeidsmigranter i rusbehandling i Norge, og forekomst av ruslidelse og andre lidelser hos arbeidsmigranter i behandling for ruslidelse.

9.3 Karakteristika av arbeidsmigranter i rusbehandling.

9.3.1 Sosiodemografi.

Alle respondentene ($n = 22$), med unntak av én, var menn. Den største gruppen er fra Polen. Vi vet at det er flest menn som er innlagt for ruslidelser i spesialisthelsetjenesten, det er cirka syv av ti menn i TSB, dessuten er tre av fire arbeidsmigranter menn (Thorsdalen, 2016). Det kan se ut til at resultatene her stemmer overens med kjønnsfordeling innen rusbehandling, og kjønnsfordeling i arbeidsmigrasjon. Fleury, Grenier, Bamvita, Perreault, & Carron (2014)

finner også at det å være mann predikerer rusmiddelavhengighet. I hovedsak arbeider polske kvinner i renholds-bransjen, og flertallet av disse er arbeider utenfor det registrerte arbeidslivet (Friberg & Eldring, Polonia I Oslo 2010, 2011). Noe som innebærer at de ikke har rett til annen helsehjelp enn akutthjelp, og veien inn i behandling for disse vil eventuelt være komplisert. De kan oppleve andre barrierer for å oppsøke helsehjelp, fordi de ikke er lovlig registrert i landet (Czapka, 2010; Friberg & Eldring, 2011).

Grunnet skjevfordelingen kan forskjeller mellom menn og kvinner ikke sees her. Det hadde vært interessant i forhold til for eksempel psykisk helse, da andre studier viser at ”kvinner fra øst -Europa og midt -Østen har signifikant høyere psykologisk stress enn menn fra de samme regionene” (Abebe et al., 2014, s.64). I en studie av Dalgård og Thapa (2007) er kvinnelige migranter mer sårbare for psykiske helse-problemer enn menn. Dårlig tilpasning til den nye kulturen og/eller sosial-integrering er hovedårsaken til flere psykiske helseproblemer blant kvinner (Dalgård & Thapa, 2007).

Majoriteten av klientene i vår undersøkelse er mellom 30 og 50 år gamle. SSB rapporterer at tre av fem arbeidsmigranter er mellom 25 til 39 år, men at andelen yngre øker. Det at klientene i denne studien ser ut til å være noe eldre enn gjennomsnittet kan ha sammenheng med lengden på oppholdet, vi ser at omtrent halvparten av klientene i denne studien har arbeidet i Norge mellom tre til over fem år. Studier peker på at ”healthy migrant” effekten ser ut til å gå over etter at migranten har oppholdt seg i det nye landet over tid. Altså vil teorien om at migranter er friskere enn både sine landsmenn i sitt opprinnelsesland og nordmenn se ut til å bli borte over tid (Lassetter & Callister, 2009; Nielsen et al., 2015). Vi finner ikke at noen har tidfestet når denne effekten ser ut til å minske, men det er grunn til å tro at det er individuelt.

Det å være religiøs kan se ut til å legge til en ny dimensjon for håndtering av stress. Spesielt når det gjelder alvorlig sykdom. Pargament (2011) skriver at ut fra studier som er gjort på feltet kan religion være hjelpsomt for mennesker som sliter med stressorer i livet. I denne studien ser det ut til at flertallet av klientene er religiøse. Religion kan ha en beskyttende effekt og på denne måten fungere som en faktor som kanskje er med på å beskytte arbeidsmigranter i sammenheng med psykisk helse. Studier har pekt på religion som hjelpende, og en potensiell støtte (Pargament, 2011). Majoriteten av de som svarte på hvilken religiøs retning klienten tilhørte, svarte at de var muslimer. De som har oppgitt hvilket land de

med muslimsk tro tilhørte, har to svart at de kom fra Somalia og to svart Irak. En klient er fra Etiopia og en er fra Eritrea. Dette er ikke land vi tradisjonelt forbinder med arbeidsmigrasjon, men kanskje heller med land hvor mennesker har vært nødt til å flykte, altså migrasjon grunnet flere «push» faktorer. Statistisk Sentralbyrå (2015) rapportere at det er flest flyktninger med landbakgrunn fra Somalia, Eritrea og Irak. Definisjon av hvem som skal tilhøre hvilken gruppe er vanskelig, og dermed blir forsøk på å samle informasjon om arbeidsmigranter som gruppe utfordrende.

Majoriteten av alle klientene i undersøkelsen er enslige (n=15). Nettverk og familie har vist seg å være av stor betydning for den psykiske helsen til migranter. Gode sosiale nettverk er med på å minske avstanden mellom krav og muligheter, og vil muligens gjøre en mer rustet til å takle belastende hendelser. Nielsen og Krasnik (2010) viser til en studie hvor de finner signifikante etniske gruppeforskjeller i helse etter å ha kontrollert for alder, kjønn, og utdanning. Forskjellene ble midlertid kraftig redusert etter å ha kontrollert for sosialt nettverk, sosial støtte og økonomiske faktorer. Dette kan bety at disse faktorene er viktige i bestemte minoritetsgrupper. Det er i midlertid også 15 av klientene som har nettverk i Norge. Nettverket består av både arbeidskolleger, familie, venner fra hjemlandet og norske venner.

Noen minoriteter finner støtte i sosiale miljøer som består av mennesker fra samme bakgrunn. Czapka (2010) finner at 80 prosent av polske arbeidere tilbringer fritiden sammen med andre polakker, og har liten grad av tilknytning til organisasjoner eller andre nettverk i Norge. Støtte noen finner i midlertidige vennskap i miljøer som består av mennesker med samme etnisk bakgrunn kan øke rusmiddelavhengigheten, og alkoholavhengighet er et kjent problem blant enslige migranter (Carballo og Nerukart, 2001). Per nå vet vi ikke om denne effekten også gjelder for arbeidsmigranter, utover at vi vet at det var to av arbeidsmigrantene i denne studien som ruset seg sammen med andre arbeidsmigranter. Kun to av klientene hadde norske venner, som kan tyde på lav grad av integrasjon i form av sosialt nettverk i Norge. Kulturell tilpasning i mottakerlandet eller akkulturasjon kan være en belastning, men også en beskyttelsesfaktor i lengden. Det er imidlertid mangel på forskning som kan forklare om den sosiale integrasjonsprosessen kan ses som en beskyttelsesfaktor eller en risikofaktor (Abebe et al., 2014).

De sosiale kodene innad i ens nettverk er med på å bestemme hva som er akseptert bruk av rusmidler og ikke (Norlund, 2010). Det å ha nettverk rundt seg ansees som en beskyttende

faktor men det gir allikevel ikke automatisk god støtte. Graden av sosial støtte er spesielt viktig, med dette menes hvorvidt man opplever å få konkret hjelp, opplevelse av støtte, eller forventningen om å få hjelp (Malt & Mykletun, 2012). Ni av arbeidsmigrantene hadde nettverk som kjente til deres kontakt med hjelpeapparatet. Omtrent halvparten av respondentene visste ikke om klientens nettverk hadde kjennskap til behandlingen, dermed blir det vanskelig å si noe om arbeidsmigranter som er i behandling har sosial støtte fra nettverket.

Det var til sammen 12 som svarte at nettverket kjente til klientens rusproblemer, halvparten av disse var familien. Det er ikke målt grad av sosial støtte her, men man kan undres over hvilken grad behandlingsapparatet trekker nettverk inn i behandlingen av klientene. Eller hvorvidt respondenten har kunnskap om denne informasjonen. Seks respondenter visste ikke om nettverket kjente til klientens problemer med rus. Det er også en mulighet at arbeidsmigranten ikke hadde nære relasjoner i Norge. 16 av arbeidsmigrantene bor enten alene i Norge eller er uten fast bopel. Lassetter og Callister (2009) finner at migranter ofte kjenner seg ensomme, og at denne følelsen forsterkes ved sykdom. Czapka (2010) fant at 31 prosent av arbeidsmigrantene følte seg sosialt isolert når de var i Norge. Hvis vi antar at klientene i denne studien har lav grad av sosial støtte i kombinasjon med at mange har mangel på fast bopel, kan dette sies å utgjøre risikofaktorer. Det er imidlertid ikke mulig å fastslå om disse faktorene er en følge av rusmiddelbruket, eller om de var tilstede før bruk av rusmidler ble et problem.

Hypotesen om ”healthy migrant” effekten kan påvirkes av åpne landegrenser og internasjonale regelverk som regulerer arbeidsmarkedet. Som NRK (NRK nyheter, 2016) nylig viste i en nyhetsreportasje kommer flere arbeidssøkende til landet uten å ha et sted å bo, og de oppsøker frivillige organisasjoner for å få et sted å overnatte. For disse menneskene kan det se ut til å være «push» faktorer som har gjort at de kommer til Norge. Der i en svært sårbar situasjon, hvor de hverken har bosted eller arbeid tilgjengelig. Det kan sees i kontrast til at arbeidsmigranter migrerer grunnet flere ”pull” faktorer.

9.3.2 Arbeidsmigrantenes utdanning og arbeidssituasjon

Et mindretall av arbeidsmigrantene i denne undersøkelsen hadde fullført høyere utdanning (n = 3). Lav utdanning forbindes med lav sosioøkonomisk status. 43 prosent av arbeidsmigranter i Norge fra de største avsenderlandene har fullført videregående som sin høyeste utdanning

(Thorsdalen, 2016). Også Czapka (2010) fant lavt nivå av utdanning på de hun undersøkte. I tillegg fant hun at de tok jobber i Norge som ble ansett som mindre verdt, både av polakker og av nordmenn. I vår undersøkelse viste det seg at flertallet (n=9) jobbet innen bygg og anlegg, og at 6 stykker hadde samme jobb i hjemlandet som i Norge. Å arbeide innen bygg og anlegg gir økt risiko for sykdom og skader, og potensielt at man er i mer behov av helsetjenester enn den øvrige populasjonen (Czapka, 2010). I vår studie fant vi at blant de som hadde somatisk skade var det én som hadde opplevd at skaden var blitt forverret på arbeid i Norge.

Nærmere halvparten av arbeidsmigrantene var arbeidsledige ved behandlingsstart, og fem var ansatt på heltid. Årsaken til dette er vanskelig å si noe om, men sysselsetting er ett av de mest brukte målene på sosioøkonomisk status. Arbeidsledighet medfører lav inntekt, som også forbindes med lav sosioøkonomisk status. Langvarig og problemfylt bruk av rusmidler kan ha konsekvenser for deltakelse i arbeidslivet og kan ha ført til arbeidsledighet blant arbeidsmigrantene i denne studien. Samtidig kan mangel på arbeid fungere som en risikofaktor. Dette eksemplifiseres av migranter i Czapka sin undersøkelse: ”Når de var uten jobb hadde de ingenting å gjøre enn å drikke alkohol” (Czapka, 2010, s. 34).

Mye ledig tid og mangel på noe meningsfullt å fylle tiden med, utgjør en risikofaktor for bruk av rusmidler for arbeidsmigranter. Sosialt nettverk, opplevelse av å gjøre noe meningsfullt og forpliktelsen arbeidet innebærer kan også være en beskyttende faktor. Halvparten av arbeidsmigrantene i denne studien forsørget andre enn seg selv. For Arbeidsmigranter som forsørger andre, også i hjemlandet kan man forestille seg at belastningen blir stor ved arbeidsledighet, å ikke kunne forsørge familien kan også forbindes med en følelse av skam. Deres formål med reisen var kanskje nettopp å forbedre familiens situasjon.

9.3.3 Behandling

Migranternes bruk av helsetjenester har vært studert flere ganger i et forsøk på å utjevne helseulikheter i grupper. Det er noe sprikende funn, noen studier peker på høyere bruk av helsetjenester blant migranter mens andre peker på lavere bruk (Nielsen et al., 2015). Mer spesifikt skriver Goth og Berg (2011) at deres informanter erfarer at migranternes deltakelse i fastlegeordningen i Norge avhenger av at de har et liknende system i sitt hjemland, lengden på oppholdet i Norge, og intensjonen de har om å etablere seg. Fassaert et al., (2009) finner at migrant grupper i Nederland har lavere bruk av helsevesen på grunn av manglende kunnskap om systemet. I vår studie fant vi at det var 6 av arbeidsmigrantene som var henvist til

behandling av fastlege. I følge Goth og Berg (2011) var det større sannsynlighet for at migrantene benyttet seg av fastlegeordningen når de hadde fått informasjon om hvordan systemet fungerer. Migranter oppga også at de synes de fikk en lavere standard på behandlingen og informanter fra Polen oppga at migranter oppfattet fastlegen som uprofesjonell. Disse opplevelsene kan være risikofaktorer for ikke å oppsøke lege ved behov.

Språk trekkes frem som en barriere som bidrar til dårligere forståelse av fastlegeordningen. NAV sender ut brev med informasjon om fastlegeordningen til migranter som bosetter seg, men denne informasjonen kommer på norsk (Czapka 2010; Goth & Berg, 2011). For migranter som ikke kan norsk, eller som ikke har nettverk som kan hjelpe de med å forstå informasjonen, vil barrieren mot bruk av fastlege opprettholdes. Dette kan føre til økt bruk av akutttilbud i helsevesenet. Bruk av akutttilbud som legevakt kan være problematisk, da det er ressurskrevende, men også for den enkelte som benytter seg av dette tilbudet fordi det ikke gir en helhetlig behandling. Manglende kontakt med tjenester som skal gi mer helhetlig tilbud, kan føre til at problemer som etableres over tid, noe problematisk bruk av rusmidler synes å gjøre, ikke blir tatt tak i før det gir seg utslag i akutte tilstander som fysiske skader eller abstinenser, eller psykiske plager som oppstår akutt etter rusinntak. Kulturelle forskjeller kan ha innvirkning på helsetjenester. Informanter fra Pakistan, Polen og Vietnam rapporterte at eldre kvinner ofte tok avgjørelser for hele familien om hvorvidt lege skulle oppsøkes. (Goth & Berg, 2011).

Straiton, Reneflot og Diaz (2014) sammenliknet svenske, polske, tyske, pakistanske og irakiske migranter med nordmenns bruk av fastlege og akutttilbud i primærhelsetjenesten for psykiske helseproblemer. De finner at det er store variasjoner i migrasjonsgruppene. Polske migranter hadde lavest odds for å oppsøke fastlege for en konsultasjon relatert til psykisk helse. Vi vet at polakker i Norge ofte er arbeidsmigranter, og den lave bruken av fastlege kan kanskje tilskrives "healthy migrant" effekten. Polakker i Norge vurderer egen helse som god (Czapka, 2010). Det har blitt pekt på at "healthy migrant" effekten ser ut til å minske over tid. Flere av arbeidsmigrantene i denne studien hadde vært i Norge mellom 3 til over 5 år. Om dette betyr at "healthy migrant" effekten har gått over, eller om det er andre årsaker er det ikke mulig å gi noe entydig svar på. Polakker er imidlertid en av de nyeste migrant populasjonen, og det kan derfor være nødvendig med studier som ser på deres helse lengre frem i tid.

I vår studie var det 15 av arbeidsmigrantene som hadde vært i behandling tidligere. Dette sammenfaller med det vi vet om behandling av ruslidelse. Ruslidelser utvikler seg gradvis og behandling av ruslidelser tar ofte lang tid. En og samme person gjennomgår ofte flere ulike typer behandling, og er innlagt i flere ulike tiltak. Noen klienter profitterer best på poliklinisk behandling, mens andre vil ha behov for døgnkontinuerlig tilbud (Lossius, 2010). I vår undersøkelse var tiltakene representert for arbeidsmigrantene, i tillegg til at det var 2 som hadde vært i LAR- behandling før den aktuelle innleggelsen. Det var også flere av klientene i denne studien som hadde kontakt med andre deler av hjelpeapparatet. Her var det NAV som gikk igjen flest ganger.

Flere faktorer i denne undersøkelsen kan tyde på lav sosioøkonomisk status blant arbeidsmigrantene, 9 av arbeidsmigrantene var som nevnt ikke i jobb før innleggelse i behandling, og har dermed muligvis hatt behov for økonomisk støtte. Dette støttes av at 16 av arbeidsmigrantene hadde en form for ytelse fra NAV. NAV kan i den forstand være et av tiltakene som er i posisjon til å fange opp de arbeidsmigrantene som har behov for hjelp, også de menneskene som har rusproblematikk. Fordi behandlingsapparatet kan virke svært komplisert, ikke minst for mennesker som kommer fra et land med et helt annet system, er det viktig å kjenne til hvilke instanser som kan hjelpe en videre.

Goth og Berg (2011) skriver at lite kunnskap om samfunnet kan være en barriere for å komme seg inn i behandling. Kampermann (2007) skriver at sosial integrasjon og praktisk kunnskap om systemet i landet også er forbundet med psykisk velvære. Vi kan tenke oss at arbeidsmigranter som kan sies å leve litt på «siden» av det norske samfunnet for eksempel uten norske venner eller egen familie, har vanskeligere for å fanges opp av samfunnet ved utvikling av en ruslidelse. Med dette mener vi at det er en utfordring å tilegne seg kunnskap om systemet i Norge, men også at avstanden mellom vedkommende og systemet er større enn for den øvrige befolkningen. Dette forsterkes nok i tilfeller hvor arbeidsmigranter bor under utradisjonelle boforhold, som i brakker, eller som i denne studien hvor et relativt stort antall er uten fast bopel. Her finner vi som sagt ikke støtte for at arbeidsmigranter ruser seg sammen med andre arbeidsmigranter. Det kan allikevel tenkes at det å ha mye fritid, lite penger, og bo sammen med andre i den samme situasjonen fører til økt alkoholbruk. Fafo arbeider for tiden

med en rapport om nettopp brakkesyke, som kan tenkes å belyse dette nærmere. Czapka (2010) beskriver for øvrig at arbeidsmigranter fra Polen drikker mindre i Norge enn i hjemlandet, men mer når de er uten arbeid i Norge.

9.3.4 Rus

”Rusmiddelavhengighet er assosiert med blant annet lav utdanning, stigmatisering, dårlig psykisk og fysisk helse, hjemløshet og fattigdom” (Fleury et al., 2014, s. 2.). Nesten halvparten av klientene i denne studien var uten arbeid ved behandlingsstart, dette kan tyde på at rusproblemet har vært langvarig og utviklet seg til å bli alvorlig. Fleury et al., (2014) viser til at litteraturen sier at det kan gå 10 år før en oppsøker hjelp for rusavhengighet, og sjeldent før deres problem krever akutt hjelp. Studier har vist at 14 prosent oppsøker hjelp for sine problemer. I tillegg til de ulike barrierene for bruk av helsetjenester er kulturelle koder i mottakerlandet, samt de individuelle kodene migranten har med seg kanskje viktig for å forstå hva som er avgjørende for hjelpesøkende atferd.

Fassaert et al., (2009) viser at migrant grupper oppfatning, eller forklaring på psykiske belastninger er avgjørende for å oppsøke hjelp. Disse fant at migrantgruppene forklarte psykiske belastninger med andre faktorer enn hva som var vanlig i majoritetspopulasjonen, for eksempel høyere grad av somatisering. Ens personlige eller kulturelle forklaringer på hva sykdom er, har betydning for å oppsøke hjelp. Avhengighet vil som nevnt være definert av kulturelle koder. Hvor mye en selv drikker, hvilken situasjon en drikker i, og samfunnets normer avgjør hva som er bruk og misbruk. Migranternes situasjon kan sies å bli ytterligere komplisert fordi tilpasning til kultur og sosial integrasjon samt praktisk kunnskap om systemet kan være mangelfull. Disse faktorene kan kanskje sies å være faktorer som gjelder denne gruppen spesielt, og understreker viktigheten av kunnskap om deres situasjon. En barriere for å anvende helsetilbud, kan sies å være en risikofaktor for arbeidsmigranter.

Kultur kan også være avgjørende for om ruslidelsen ansees som et psykisk problem på samme måte som i vårt samfunn. Ruslidelse kan for eksempel forklares av utenforliggende årsaker, med åndelige eller spirituelle forklaringer. Kultur kan avgjøre hvor grensene trekkes for hva som skiller bruk og misbruk. For eksempel er totalkonsumet i Polen målt høyere per innbygger enn i Norge (WHO, 2014). Dermed kan definisjon og normer på ruslidelse eller

skadelig bruk i Norge, muligens ikke tilstrekkelig benyttes, da det ikke tar i betraktning kulturelle forskjeller som avgjør hvorvidt personen opplever sitt bruk av rusmidler som et problem.

Denne undersøkelsen viste at 11 av migrantene hadde alkohol som hovedrusmiddel ved behandlingsstart. Ved utvikling av rusmiddelavhengighet i høy alder, blant menn over 50 år, er det større sannsynlighet for å finne lav sosial støtte og lavere inntekt (Fleury et al., 2014). Stigmatisering er den største predikatorene for utvikling av rusmiddelavhengighet, og dette gjelder spesielt menn. Menn tenderer oftere å være avhengig av alkohol, marihuana og hallusinogener). Fleury et al. (2014) skriver at ingen psykiske lidelser predikerer rusmiddelavhengighet. En forklaring kan være at rusmiddelavhengigheten kom før psykisk lidelse.

Et kanskje noe overraskende funn, er at det var 5 som oppga heroin som hovedrusmiddel. Heroin er forbundet med tungt og langvarig rusproblematikk. Bruk av heroin er heller uvanlig i kombinasjon med å være i arbeid, og det var 4 av de som brukte heroin som også ble oppgitt som arbeidsledige ved behandlingsstart.

Carballo og Neurukart (2001, s. 559) skriver at ”bruk av rusmidler blant migranter og flyktninger ikke nødvendigvis skiller seg fra lokalbefolkningen”. Det som skiller minoritetene fra lokalbefolkningen er heller begrenset mulighet og noen ganger en motstand mot å bruke helse/sosial-tilbudet i det landet de befinner seg i. Enten av redsel for å bli rapportert eller kanskje mer relevant for arbeidsmigranter, at de ikke mottar kulturelt tilpasset hjelp eller støtte (Carballo & Nerukart, 2001). Dette sammenfaller med informantene i Goth og Berg (2011) sin studie, hvor de sier at mangel på informasjon grunnet språkbarriere kan være et av hindrene i bruk av fastlegeordningen. Når det gjelder redsel for å bli rapportert kan dette gjelde arbeidsmigranter som ikke er registrert. I vår studie var det 15 av respondentene som ikke kunne svare på om deres klient var registrert arbeidsinnvandrere, og 2 var ikke registrerte.

9.4 Forekomst av ruslidelse og andre lidelser hos arbeidsmigranter i behandling

Frivillig migrasjon påvirker helsen. Helseforandringer blant frivillige migranter forbindes med stress, diskriminering, separasjon fra familie, endringer i livsstil og kulturelt miljø (Lassetter & Callister, 2009). Czapka (2010) finner at arbeidsmigranter opplever nedgang i fysisk helse, spesielt det første året i Norge. De opplevde også å lengte hjem.

Studier finner også at frivillige migranter er friske, bevis for god helse blant frivillige migranter ses på forventet levealder, barnedødelighet og risiko for sykdom noe som støtter opp under «healthy migrant» hypotesen. (Lassetter & Callister, 2009).

Arbeidsmigranter reiser som regel fra sitt hjemland til land hvor de opplever muligheter for å forbedre sin økonomiske situasjon. ”The healthy migrant” hypotesen peker på at de arbeidsmigrantene som reiser er generelt friske (Sundquist, 1995). Czapka (2010) peker også som nevnt i sin studie av polske arbeidsmigranter i Oslo at de rapporterer god helse. Til tross for ”healthy migrant” effekten kan arbeidsmigrantene være utsatt for noen flere risikofaktorer forbundet med arbeid enn resten av populasjonen. Mange arbeidsmigranter jobber i manuelle yrker med store belastninger (Czapka, 2010; Friberg og Eldring, 2011; Sundquist, 1995).

Denne undersøkelsen fant at åtte av arbeidsmigrantene hadde en somatisk lidelse. 3 av arbeidsmigrantene hadde ryggskader, dette er noe som kanskje kan forbindes med tungt fysisk arbeid, men det var bare 1 av arbeidsmigrantene som knyttet den fysiske skaden til arbeidet i Norge. Respondentene har ikke oppgitt fysiske lidelser som diagnoser, men beskrevet med egne ord.

I denne studien kan det se ut til at fysiske plager ikke har oppstått på arbeid i Norge, og gir dermed ikke støtte for ”healthy migrant” effekten. Et annet aspekt ved arbeid som knytter seg til helsestatus for arbeidsmigranter er at de ofte tar jobber som er vurdert som «mindre verd», at de har dårligere arbeidsforhold og at de er utsatt for lavere lønn (Friberg og Eldring, 2011). Dette vurderes som risikofaktorer som kan påvirke psykisk helse. Czapka (2010) fant at noen av arbeidsmigrantene benyttet seg av alkohol for å slippe å tenke på bekymringer.

15 av arbeidsmigrantene hadde diagnostisert ruslidelse. Ni av arbeidsmigrantene i denne undersøkelsen hadde diagnostisert en annen psykisk lidelse enn ruslidelse. Av disse hadde fem oppgitt PTSD eller traumatiske lidelser som diagnose. Dette er diagnoser som er noe mer forbundet med mennesker som migrerer grunnet flere ”push” faktorer, spesielt flyktninger, det er vist høyere forekomst av depresjon og PTSD blant flyktninger (Lindert et al., 2009).

PTSD er altså en diagnose som ikke nødvendigvis forbindes med arbeidsmigranter. Disse svarene må vurderes i henhold til usikkerhet om alle klientene i denne studien kan defineres som arbeidsmigranter.

Flere av svarene under beskrivelse av tilleggdiagrose ikke er diagnoser i henhold til diagnosemanualen ICD-10, men fremstår som beskrivelser. Majoriteten hadde fått stilt diagnose i Norge, noe som kan tolkes som at de enten har utviklet problemet etter at de kom til Norge, eller at det har eskalert etter ankomst slik at det har blitt nødvendig med behandling. Omtrent halvparten av arbeidsmigrantene hadde ikke en psykisk lidelse. Det finnes fra studier empirisk belegg for å påpeke at visse grupper migranter har en høyere prevalens av psykisk lidelse eller psykiske problemer enn den innfødte populasjonen (Abebe et al., 2014; Lassetter & Callister, 2009). Dalgård og Thapa, (2007) sier at dette blant annet gjelder mennesker fra Afrika, Asia og øst Europa.

Det forholdsvis høye antallet som har svart ”vet ikke” samt relativt høy grad manglende svar på enkelte spørsmål i denne studien kan tolkes som respondentens manglende kunnskap om den enkelte klient, men kan også sees som en indikasjon på at behandlere konfronteres med en utfordring i møte med klienter fra andre kulturer. Det kan tenkes at språket, eller rettere sagt språkbarrierer gjør at utveksling av informasjon blir mindre tilgjengelig. Det er ikke et stort flertall av respondentene som oppgir at språk er en hindring i det daglige arbeidet, og de fleste svarte at de kommuniserer på norsk, det kan tolkes som at respondentene ikke opplever språkbarrierer i arbeidet. Det vi ikke får informasjon om, er hvorvidt klienten opplever å få kommunisert sine behov og kjenner seg tilstrekkelig forstått.

Diagnostisering og behandling kan være en lang og nøysom prosess, hvor kommunikasjon vil kunne sies å være nøkkelen til hensiktsmessig behandling og korrekt diagnostisering. Carballo og Nerukart (2001) skriver at evnen til å kunne kommunisere kan påvirke hvorvidt man søker helsehjelp og underrapportering av plager. Det kan også føre til en mindre god forklaring av hvilke problemer vedkommende har og av hvilke symptomer de opplever. Dette kan føre til ukorrekt diagnostisering og det kan resultere i inadekvat behandling. Manglende forståelse fra både behandler og klient kan sies å være en barriere så vel som en risikofaktor for korrekt diagnostisering og behandlingsløp. Språkutfordringer kan være årsaken til at diagnosene i denne undersøkelsen ikke er oppgitt som diagnoser. Til tross for at det ikke var mange som opplevde utfordringer med språk, oppgav kun fem av åtte at de benyttet seg av tolk i arbeidet.

Bruk av tolk kan være nødvendig for å sikre at både behandler og klient forstår hverandre. Hvis arbeidsmigranter i behandling ikke opplever å bli forstått og heller ikke forstå behandler, vil dette kunne ha konsekvenser for behandlingen vedkommende mottar i Norge.

Det er relativt mange som har diagnostisert ruslidelse. Forklaringen på vage beskrivelser av psykisk lidelse kan være at det er ruslidelsen som har fått hovedfokuset i behandlingen. Å stille korrekt diagnose kan være viktig for at klienten skal få riktig og tilpasset hjelp og behandling. Diagnoser er nødvendig, men ikke tilstrekkelig i behandling av mennesker med ruslidelse. Diagnoser utløser rettighet til behandling, som er svært viktig, men de kan også være med på å begrense behandleres evne til kun å se lidelsen (Malt & Mykletun, 2012). Ruslidelse påvirker relasjoner til andre, og andre medlemmer av familien kan lide under personens rusmisbruk. En person med ruslidelse står også i fare for ikke å kunne holde på jobben sin, og dermed få store økonomiske problemer i tillegg til de relasjonelle problemene og problemene som følger med egen lidelse.

Det er i hovedsak ledere ved institusjonen som er respondenter i denne undersøkelsen. Ledere kan tenkes å ikke sitte med hovedansvar for oppfølging av enkelt-klienter. Dette kan gi utslag i form av mangel på spesifikk informasjon om klienten de beskriver her, og kan ha bidratt til resultatet i denne undersøkelsen.

Åtte av arbeidsmigrantene opplevde at svekket psykisk helse var det største problemet med sitt rusbruk. Psykiske lidelser og ruslidelse er ofte nært forbundet. I dette tilfelle kan det virke som at arbeidsmigrantene opplever at de får redusert psykisk helse grunnet sitt rusmisbruk. Selv om det ikke ser ut til at psykiske lidelser i form av diagnoser er oppgitt i stor grad, vet vi at problemer knyttet til bruk av rusmidler og psykisk helse henger sammen. Uavhengig om det er satt en diagnose, er det nødvendig at det dynamiske forholdet mellom rus og psykisk helse anerkjennes i behandling. Nielsen et al, (2015) hevder at arbeidsmigranter kan være mer utsatt for redusert psykisk helse, men at de kan være en gruppe som blir oversett i helsevesenet.

Scheppers, Dongen, Dekker og Geertzen (2006) finner at potensielle barrierer for bruk av helsetjenester for etniske minoriteter finnes på ulike nivåer; pasient nivå, behandler nivå og på system nivå. Barrierer på pasient nivå kan være forståelse av helse, sosiodemografiske variabler og resurser. På behandlernivå kan barrierer være ferdigheter og holdninger, og på et

system nivå er en barriere organisering av helsevesenet. Behandling kan preges av kulturelle ulikheter og vi kan tenke oss at klientens syn på helse og behandlers holdninger potensielt kan være en barriere for hvorvidt arbeidsmigranter benytter seg av helsevesenet og for deres opplevelse og utfallet av behandlingen. Vi kan ikke påstå å finne slike barrierer i denne studien, men både et lite funn og relativt høy grad av manglende svar kan kanskje sees i lys av at arbeidsmigranter er i en sårbar situasjon, på den måten at de møter barrierer for bruk av helsevesenet og at mangel på språkkunnskaper og holdninger i behandling potensielt kan bidra til utfordringer for denne gruppen. Det kan virke spesielt viktig å påpeke at arbeidsmigranter i behandling for ruslidelse blir møtt med forståelse. Utvidet kunnskap om denne gruppen blant ansatte kan kanskje bidra til å sikre at behandlingen blir hensiktsmessig og tilrettelagt etter deres behov og bakgrunn. Både pre-migrasjonserfaringer, sosioøkonomiske forskjeller og sosialt nettverk har som vist betydning for arbeidsmigranternes helse.

9.5 Styrker og svakheter ved studien

En svakhet ved denne studien er at vi ikke kan oppgi antall utsendte spørreskjema, og dermed ikke kan oppgi svarprosent. Vi har ikke tilgang til denne informasjonen, og beskrivelsen av prosedyren er dermed mangelfull. Vi vet ikke hvor stort bortfallet i undersøkelsen er. Dermed blir det ikke mulig å bedømme undersøkelsens statistiske validitet, eller å generalisere fra utvalget til populasjon.

Det er lurt og hensiktsmessig å gjennomføre en pilotstudie av undersøkelsen. Dette er for å finne ut hvilke begreper og formuleringer som er mest hensiktsmessig å bruke. En pilotstudie bør bli besvart av personer som har kjennskap til feltet, eventuelt personer som har noe til felles med målgruppen for undersøkelsen (Johannessen, 2009; Pallant 2013). Dette kan synes spesielt viktig når temaet som skal undersøkes ikke allerede har standardiserte spørreskjema man kan benytte seg av til å få svar på sin problemstilling. Vi gjennomførte ingen pilotstudie av vår undersøkelse. Fordi vi jobber i feltet, har vi god tilgang til personer med erfaring, og kunne bedt kollegaer besvare en pilot-undersøkelse for å få luket ut noen feil og mangler på forhånd. En mulighet kunne også vært å gjennomført en kvalitativ fokusgruppe i forkant av utformingen av spørreundersøkelsen. Dette kunne gitt verdifull informasjon om viktige temaer og spørsmålsformuleringer. Vi kunne ved dette avdekket temaer som ikke var tenkt på i utgangspunktet

Fordi det er første gang spørreundersøkelsen anvendes kan den ikke sies å være reliabel i form av at den ikke har blitt testet flere ganger, og dermed ikke blitt forbedret og utprøvd. Her kan man også se at studien bærer preg av å være en pilot. Vår erfaring med bruk av spørreskjema er mangelfull, og dette er en faktor som også kan senke reliabiliteten. I og med at dette er en eksplorerende undersøkelse finnes det naturlig nok ikke måleinstrumenter som har blitt brukt til å undersøke temaet tidligere, og som vi kunne hentet inspirasjon fra. Hadde det imidlertid vært forsket mye på, kunne vi benyttet måleinstrumenter som har blitt brukt tidligere. Tilgang til undersøkelser som har blitt brukt før kan være til god hjelp, da validiteten og reliabiliteten kan være testet (Pallant, 2013).

Å utvikle et spørreskjema kan gjøres på flere måter. Den mest brukte måten å gjøre det på er ved hjelp av åpne eller lukkede spørsmål. Lukkede spørsmål er spørsmål hvor det blir gitt svaralternativer, som for eksempel ja/ nei. Åpne spørsmål er et spørsmål hvor respondenten svarer med egne ord (Pallant, 2013). I tidlige stadier av forskning, og spesielt tidlig forskning på nye temaer vil en kombinasjon av åpne og lukkede spørsmål være hensiktsmessig (Pallant, 2013). I spørreskjemaet vil en slik kombinasjon ha spørsmål hvor man både kan svare de gitte alternativene, men også inneholde et «annet» alternativ, hvor respondenten kan komme med egendefinerte alternativer/ svar (Pallant, 2013). Denne kombinasjonen av åpne og lukkede spørsmål er det mange eksempler på i vår undersøkelse.

Når det gjelder selve spørsmålsstillingen i spørreundersøkelsen har vi ved senere gjennomgang oppdaget flere feil og mangler. For eksempel skal svaralternativene på alder alltid være gjensidig utelukkende. Alder er en kontinuerlig variabel med detaljerte verdier. Hvis forhåndskategorier blir laget, vil man gå glipp av mye informasjon og dermed muligheten til å beregne hva som er gjennomsnittsalder, og hva som er alderen til den yngste og den eldste personen i undersøkelsen. Det er heller ikke mulig å finne gjennomsnittsalder dersom kategoriene ikke er gjensidig utelukkende (Johannessen, 2009). I vår undersøkelse har vi gjort denne feilen når vi spør om klientens alder. Det er bedre å be respondentene angi eksakt alder, og kategorisere senere. Dette gjelder alle variabler på intervallnivå, eller forholdstallsnivå som for eksempel utdanningslengde og inntekt (Johannessen, 2009). Vi har gjort samme feil på spørsmålet «hvor mange klienter med arbeidsmigrasjonserfaring har dere hatt de siste to år?». Her er svarkategoriene heller ikke gjensidig utelukkende. Svarene er 0-1,

2-5, 5-9, 10 eller flere. Her kan vi ikke vite det eksakte antallet i tillegg til at dersom vi får svar i kategorien 2-5 eller 5-9, vil antallet kunne være 5 på begge steder.

Strukturen i spørreskjemaet kan fremstå som forvirrende da det først blir bedt om informasjon om hvem respondenten er, deretter generelt om arbeidsmigranter i tiltaket, og så beskrivelse av én enkelt klient. Det er også noen liknende spørsmål i de ulike delene. Spørsmål om språk går igjen i to deler, og kan potensielt gjøre at respondenten svarer det samme i den generelle delen om arbeidsmigranter i tiltaket, som i den spesifikke beskrivelsen av én klient.

Det hadde vært en mulighet å ha strengere eksklusjonskriterier for hvem som ble inkludert i resultatene. Som beskrevet tidligere i diskusjonen har vi med klienter fra land som forbindes mer med migrasjon av andre årsaker enn arbeid. Dette kan være en svakhet da studien tar sikte på å finne arbeidsmigranter, og antallet arbeidsmigranter i utvalget kan være feilaktig. Samtidig kom det frem i informasjonsbrevet som fulgte undersøkelsen at det var en arbeidsmigrant som skulle beskrives. Det ble derfor valgt å stole på at respondenten var den beste til å vurdere om dette var en arbeidsmigrant eller ikke. Dette er i tråd med at eksklusjonskriteriet for de fire som ble tatt ut, var basert på respondentens ord om at det ikke var en arbeidsmigrant. Dersom respondenten hadde svart negativt på alle forekomst spørsmålene, og hadde en overvekt av manglende svar ble de også ekskludert. Dette var ikke tilfelle for de klientene det vises til her.

Respondentene fikk informasjon i to ulike dokumenter. Begrunnelsen for dette var å sikre og tydeliggjøre for respondenten definisjonen av arbeidsmigrant og hensikten med studien. Mye informasjon kan virke mot sin hensikt, da det kan tenkes at noen ikke leser all informasjonen. Samtidig kan det å definere og avklare hva undersøkelsen omhandler i forkant være med på å sikre at respondentene svarer på det de skal svare på. Dette synes spesielt viktig i lite undersøkte felt, da det kan antas at respondentene ikke innehar kunnskap om definisjon av målgruppen.

Det kunne vært fordelaktig å ha gjennomført en kvalitativ undersøkelse som supplement til spørreundersøkelsen. Vi opplevde å få mange feilsvar, og lav svarprosent på flere spørsmål. Dette kunne kanskje vært unngått dersom vi hadde fått muligheten til å intervju arbeidsmigranter i rusbehandling. Kvalitative studier har også den fordel at intervjueren kan oppklare, eller forklare spørsmål der og da, og sikre at respondenten forstår spørsmålene

(Johannessen et al., 2010). Det ville vært behov for andre tillatelser dersom vi skulle fått mulighet til å intervju arbeidsmigranter i rusbehandling. Vi peker imidlertid på at det kan være både lønnsomt og interessant å gå videre med denne forskningen, og forsøke å komme i direkte kontakt med arbeidsmigranter i en intervjusituasjon.

Denne spørreundersøkelsen ble sendt til ledere ved behandlingsinstitusjonene. Det ble bedt om at en ansatt med god kjennskap til klientgruppen skulle besvare undersøkelsen. Vi ser at de aller fleste som har besvart var ledere. Det er en mulig svakhet da det kan tenkes at ledere har et mer overordnet ansvar, og ikke like god detaljkunnskap om hver enkelt klient. Dette kan ha ført til manglende svar.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut sommeren 2014, det kan hende det hadde vært et høyere antall svar ved en annen årstid, da det som kjent er mange på ferie om sommeren.

Det er en mulighet for at vi i denne undersøkelsen har truffet feil nivå i behandlingsapparatet. En mulighet ville vært å gå bredere ut i alle nivåer. Dette ville kunne gi svar på om det var høyere forekomst i enkelte nivåer av behandlingsskjeden. For eksempel kan det tenkes at hvis en liknende studie skal gjentas vil det være interessant å i større grad se på kommunale tiltak.

9.6 Konklusjon

Grunnet tilbakemeldinger fra rusfeltet om en økende andel klienter med arbeidsmigrasjonserfaring i behov av behandling for ruslidelse, var det ønskelig å foreta en eksplorativ undersøkelse for å avdekke realiteten i disse tilbakemeldingene.

Signalene fra rusfeltet vedrørende økningen av klienter med arbeidsmigrasjonserfaring i behandling, kan ikke bekreftes eller avkreftes av denne studien. Studien kan sammen med litteratur og annen forskning på feltet tyde på at det finnes beskyttelses- og risikofaktorer forbundet med arbeidsmigrasjon. Det denne studien ikke avklarer, er hvorvidt disse faktorene kan knyttes spesielt til utvikling av ruslidelse. Det er behov for mer kartlegging over tid, undersøkelser av større populasjoner og sammenlikning av grupper for å kunne trekke slutninger om hvorvidt arbeidsmigrasjon i seg selv er en risikofaktor for ruslidelse.

Dersom vi hadde hatt et høyere antall besvarte undersøkelser, og respondentene hadde svart på spørsmålene om forekomst ville dette ført oss nærmere en indikasjon på om det i realiteten var en andel mennesker med arbeidsmigrasjonserfaring i behandling for ruslidelse. Temaet for denne oppgaven var: Er arbeidsmigrasjon en risikofaktor for ruslidelse. For å finne svar på dette ble det formulert tre forskningsspørsmål. Antall besvarte undersøkelser var for lavt til å kunne trekke slutninger ut fra resultatene. Datamaterialet bærer preg av manglende svar og mange «vet ikke» svar, noe som kan tyde på et behov for økt kunnskap om denne klientgruppen i behandling. Økt kunnskap kan bidra til at denne klientgruppen får tilpasset og adekvat helsehjelp.

9.7 Ethiske refleksjoner

Ethiske vurderinger er en viktig del av all forskning. For å være sikker på at forskning foregår innenfor etisk akseptable rammer er det opprettet Regional etisk forskningskomite, som skal vurdere og sikre at forskningen ikke bryter med etiske prinsipper (Friis & Vaglum, 1999). Før et forskningsprosjekt igangsettes er det viktig å vurdere faren for både mulig skade og nytte for den eller de som skal undersøkes. De som skal undersøkes skal ikke utsettes for unødvendig belastning. Nyttene i forskningsprosjekter skal vurderes opp mot belastningen den enkelte kan bli utsatt for og hvilke fordeler det kan føre til på sikt, for andre mennesker innen samme pasientgruppe, eller for samfunnet generelt. De som deltar i forskningen skal alltid få informasjon om at man kan trekke seg fra undersøkelsen på ethvert tidspunkt uten at dette vil

ha noen konsekvenser. Dette gjøres gjennom informert samtykke, som også gir informasjon om studien/ forskningen og hvilke risiko og mulig nytte som er forbundet med deltagelse (Friis & Vaglum, 1999). Dette er spesielt viktig i forskning som retter seg direkte mot pasienter. I vår undersøkelse var deltakerne ansatte ved rusbehandlingsinstitusjoner. Disse ble bedt om å besvare spørreskjema ut fra egen hukommelse og kunnskap om klienten. Vi vurderer dermed at det er lav eller ingen risiko for at klientene opplever undersøkelsen som belastende.

Sikring av personvern er også et viktig tema i forskning. I vår undersøkelse mottok vi klientinformasjon, Friis og Vaglum sier at «Identifiserbare data skal på ethvert trinn i forskningsprosessen sikres like godt som journalmateriale» (Friis & Vaglum, 1999, s. 202). Slik vi vurderer det er vi ikke i stand til å identifisere klientene, da konkret institusjon ikke blir oppgitt. Det er heller ikke bedt om sensitiv informasjon som kunne gjort det mulig å identifisere enkeltindivider i etterkant. Respondenten ble ikke bedt om å oppgi navn eller andre personalia. Dermed er personvernet til klientene ivaretatt.

Vi vurderte at en av institusjonene i målgruppen skulle utelates på bakgrunn av at en av oss er ansatt der. Som nevnt tidligere er også de besvarte spørreskjemaene brukernavn- og passordbeskyttet. Når det gjelder nytten ble denne i forkant vurdert som relativt stor, da det er en klientgruppe det er begrenset kunnskap om som undersøkes. Kunnskap en kan tilegne seg gjennom denne undersøkelsen, vil kunne gi virkemidler for å kunne tilby tilrettelagt behandling.

9.8 Kliniske implikasjoner

I denne oppgaven har vi belyst empiri som tyder på at arbeidsmigranter kan være i en sårbar situasjon. Våre resultater tyder på at respondentene kan mangle kunnskap eller informasjon om denne gruppen klienter. Hvor mye informasjon må ansatte ha om klientene for å kunne yte god helsehjelp? Det er hensiktsmessig for behandlere og behandlingen at relevant kunnskap og informasjon om denne klientgruppen innhentes. Slik kan arbeidsmigranter tilbys mer adekvat behandling, hvor deres bakgrunn og situasjon også blir tatt i betraktning

9.9 Forskningsimplikasjoner

Kunnskap om arbeidsmigranter med ruslidelse må fortsatt regnes som meget begrenset, og det er behov for mer forskning på området. Det er gjennomgående i studiene som har blitt brukt at det er viktig å skille på pre-migrasjons faktorer når helseulikheter undersøkes. Det er utfordringer knyttet til innhenting av informasjon om ulike minoritetsgrupper, og også arbeidsmigranter. Forskning bør i fremtiden ta sikte på å rette seg mot arbeidsmigranter for å fortsatt øke kunnskap om deres behov, slik at adekvat behandling ivaretas.

10.0 LITTERATUR

- Abebe, D. S., Lien, L. & Hjelde, K. H. (2014). What We Know and Don't Know About Mental Health Among Immigrants in Norway. *Immigrant Minority Health*, 16 (1), 60-67.
- Antonovsky, A. (1987/2000). På vei mod et nytt syn på helbred og sykdom. I A. Antonovsky, *Helbredets mysterium* (s. 19-32). København: Hans Reitzels Forlag.
- Attanapola, C. T. (2013). *Migration and Health*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.
- Berry, J. W., Uichol, K., Minde, T. & Mok, D. (1987). Comparative Studies of Acculturative Stress. *The International Migration Review*, 21(3), 491-511. doi:10.2307/2546607
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (4), 243-258.
- Bhugra, D. & Jones, P. (2001). Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7 216-223. doi: 10.1192/apt.7.3.216
- Bramness, J. G. (2012). Innledende ord. I K. Lossius, *Håndbok i rusbehandling* (s. 1-4). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bratsberg, B., Røed, K. & Raaum, O. (2014). Arbeidsinnvandring- Varig gevinst? *Søkelys på arbeidslivet*, 31(4), 275-295.
- Carballo, M., & Nerukart, A. (2001). Migration, Refugees, and Health Risks. *Emerging Infectious Diseases*, 3, 556-560.
- Czapka, E. A. (2009). *Migrasjon og helse- Utfordringer og utviklingstrekk*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Czapka, E. A. (2010). *The Health of Polish labour immigrants in Norway. A research review*. Oslo: Norwegian Center for Minority Health Research (NAKMI).
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse. En kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dalgård, O. S. (2008). Social inequalities in mental health in Norway: possible explanatory factors. *International Journal for Equity in Health*, 7 (27), 2-9.
- Dalgård, O. S. & Thapa, S. B. (2007). Immigration, social integration and mental health in Norway, with focus on gender differences. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3 (1), 24-33. DOI: 10.1186/1745-0179-3-24

- Domnich, A., Panalto, D., Gasparini, R., & Amiciza, D. (2012). The "healthy immigrant" effect: does it exist in Europe today? *Italian Journal of public health*, 9 (3). DOI: <http://dx.doi.org/10.2427/7532>
- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse- teorier og forklaringer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- EMCDDA. (2002). *Polydrug use*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drug Addiction. Hentet fra: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34913EN.html>
- Fassaert, T., de Wit, M. A., Tuinebreijer, W. C., Verhoeff, A. P., Beekman, A. T. & Dekker, J. (2008). Perceived need for mental health care among non- western labour migrants. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44 (3), 208-216. doi: 10.1007/s00127-008-0418-x
- Fekjær, H. O. (2013). Alcohol- a universal preventive agent? A critical analysis. *Addiction*, 108 (12), 2051-2057. doi:10.1111/add.12104
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Bamvita, J.-M., Perreault, M., & Carron, J. (2014, April). Predictors of Alcohol and Drug Dependence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 203-212.
- Folkehelseinstituttet. (2012, Januar 16). *Fakta om de enkelte rusmidlene*. Fakta om cannabis, hasjissj, marihuana. Hentet fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=52601>
- Folkehelseinstituttet. (2012, Januar 16). *Fakta om de enkelte rusmidlene*. Amfetamin og metafetamin- faktaark. Hentet fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=47081>
- Folkehelseinstituttet. (2012, Januar 16). *Fakta om de enkelte rusmidlene*. Fakta om heroin, morfin – opioder. Hentet fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=51039>
- Folkehelseinstituttet. (2015, Mai 11). *Psykisk helse i Norge: Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk*. Hentet fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>
- Friberg, J. H. & Eldring, L. (2011). *Polonia i Oslo 2010 Mobilitet, arbeid og levekår blant polakker i hovedstaden*. Fafo. oslo: Fafo.
- Friberg, J. H., Dølvik, J. E. & Eldring, L. (2013). *Arbeidsmigrasjon til Norge fra Øst- og Sentral-Europa*. Oslo: Norges Forskningsråd .
- Friis, S. & Vaglum, P. (1999). *Fra idè til prosjekt- en innføring i klinisk forskning* . Oslo: Tano Aschehoug .
- Fryers, T., Meltzer, D., Jenkins, R., & Traolach, B. (2005). The distribution of the common mental disorder: Social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(14). doi:10.1186/1745-0179-1-14
- Føyen, P. & Shaygani, S. (2010). *Psykodynamisk behandling av ruslidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Gilpin, N. W. & Koob, G. F. (2008). Neurobiology of Alcohol Dependence. Focus on Motivational Mechanisms. *Alcohol Research and Health*, 31(3), 185-195.
- Gjernes, T. (2004). Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift*, 12(2), 143-165.
- Goth, U. S. & Berg, J. E. (2011). Migrant participation in Norwegian health care. A qualitative study using key informants. *European Journal of General Practice*, 17(1), 28-33. DOI: 10.3109/13814788.2010.525632
- Grønholt, E. K., Hånes, H. & Reneflot, A. (2014: 4). *Folkehelse rapporten 2014 Helsetilstanden i Norge*. Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Hatlebakk, I. M. (2014). Rusbehandling- Mye i privat regi. *Samfunnspeilet*, 2(28), 16-20.
- Helsedirektoratet. (2009). *Migrasjon og helse. Utfordringer og utviklingstrekk*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Oslo.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykiske lidelser- ROP lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2006). Distriktpsikiatriske sentre- med blikket mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen. Oslo, Norge. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/281/Distriktpsikiatriske-sentre-IS-1388.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (*helse- og omsorgstjeneste loven*). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Huber, M., Knottnerus, A. J., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal* . doi:10.1136/bmj.d4163
- International Organization for Migration. (Udatert). *Key Migration Terms* . Hentet fra International Organization for Migration: <http://www.iom.int/key-migration-terms>
- Johannesen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig Metode* (4. utgave). Oslo: Abstrakt Forlag.

- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS*. Oslo: Abstrakt forlag as.
- Kaiser, M. (2000). *Hva er vitenskap?* Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Kamperman, A. M., Komproe, I. H., & de Jong, J. T. (2007). Migrant Mental Health: A model for Indicators of Mental Health and Health Care Consumption. *Health Psychology*, 94-104. doi:10.1037/0278-6133.26.1.96
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 713-719.
- Kronholm, K. (2012). Avrusning. I K. Lossius, *Håndbok i rusbehandling* (s. 169-193). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lanntz, P. M., House, J. S., Lepkowski, J. M., Williams, D. R., Mero, R. P., & Jiemiing, C. (1998). Socioeconomic Factors, Health Behaviors, and Mortality: Results From a Nationally Representative Prospective Study of US Adults . *JAMA*, 1304-1307.
- LAR- forskriften. (2009). *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>
- Lassetter, J. H., & Callister, L. C. (2001). The Impact of Migration on the Health of Voluntary Migrants in the Western Societies. *Journal of Transcultural Nursing*, 20(1), 93-104.
- Levecque, k., Benavides, F. G., Ronda, E., & Van Rossem, R. (2012). Using existing health information systems for migrant health research in Europe: Challenges and opportunities. I D. Ingleby, A. Krasnik , V. Lorant, & O. Razum, *Health Inequalities and Risk Factors among Migrants and Ethnic Minorities* (53-78). Antwerpen-Apeldoorn: Garant Publishers .
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees- A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69 (2),246-257.
- Lorant, V., & Dauvrin, M. (2012). Ethnicity and socioeconomic status as determinants of health. I D. Ingleby, A. Krasnik, V. Lorant, & O. Razum, *Health inequalities and Risk Factors among Migrant and Ethnic Minorities* (s. 69-78). Antwerpen-Apeldorn: Garant Publishers.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert , A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157 (2), 98-112.
- Lossius, K. (2010). Rusmidler. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd, & E. Stänicke, *Psykiatriboken* (s. 433-445). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Lund, I., & Bretteville-Jensen, A. L. (2010, november 19). *Kan vi skille mellom bruk og misbruk av rusmidler*. Hentet mai 2, 2016 fra Webområde for SIRUS: www.sirus.no/kan-vi-skille-mellom-bruk-og-misbruk-av-rusmidler/
- Machenbach, J. P. (2002). Evidence favouring a negative correlation between income inequality and life expectancy has disappeared. *BMJ*, 13-23.
- Malt, U. F., & Mykletun, A. (2012). Psykiske lidelser: Diagnostikk, utbredelse og behandlingsorganisering. I U. F. Malt, O. A. Andreassen, I. Melle, & D. Årslund, *Lærebok i Psykiatri* (ss. 15-34). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Melle, I., Johansen, R., & Malt, U. F. (2012). Psykososiale og kulturelle aspekter ved psykiske lidelser. I U. F. Malt, O. A. Andreassen, I. Melle, & D. Årslund, *Lærebok i psykiatri* (s. 115-130). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Murali, V., & Oyebode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10 (3) 216-224.
- Mykletun, A., & Knudsen, A. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- NAV. (2007, Mars 16). *Medlemskap i folketrygden*. Hentet fra NAV: <https://www.nav.no/no/Person/Flere+tema/Arbeid+og+opphold+i+Norge/Relatert+informasjon/medlemskap-i-folketrygden>
- Nielsen, S. S., & Krasnik, A. (2010). Poorer self- perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 55, 357-371.
- Nielsen, S. S., Jensen, N. K., Kreiner, S., Norredam, M., & Krasnik, A. (2015). Utilisation of psychiatrist and psychologists in private practice among non-Western labour immigrants, immigrants from refugee-generating countries and ethnic Danes: the role of mental health status. 50 (1), 67-76.
- Norlund, S. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang*. SIRUS. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- NRK Nyheter. (2016, 18 April). Dagsrevyen. (TV-program). Oslo: NRK1.
- Pallant, J. (2013). *SPSS Survival Manual*. New York : McGraw- Hill Education.
- Pargament, K. I. (2011). Religion and Coping: The Current State of Knowledge. I S. Folkman, *The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping* (s. 269-288). New York: Oxford University Press.
- Rhem, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, N., Teerwattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223-2233. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60746-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7)

- Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice Advance Access*, 325-348.
- Skretting, A. (2011, Januar 6). *Tjenestetilbudet til rusmiddelbrukere - noen utviklingstrekk*. Hentet fra Sirius.no.
- Skretting, A., Bye, E. K., Vedøy, T., & Lund, K. (2015). *Rusmidler i Norge*. Oslo: SIRUS .
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken* (1. utg., Vol. 2010). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (*spesialisthelsetjenesteloven*).
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- SSB. (2015, Mai 5). *Arbeidsledighet blant innvandrere, registerbasert, 1. kvartal 2015*. Hentet fra SSB.no: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/innvarbl/kvartal/2015-05-05>
- SSB. (2015, Januar 18). *Innvandrere etter innvandringsgrunn, 1. januar 2015*. Hentet fra SSB.no: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvgrunn/aar/2015-06-18>
- SSB. (2015, Juni 25). *Sysselsatte på korttidsopphold, 2014, 4. kvartal*. Hentet fra SSB.no: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/kortsys/aar/2015-06-25>
- SSB. (2015, juni 18). *www.ssb.no*. Hentet fra <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvgrunn>
- SSB. (2016, Februar 11). *Arbeidsledighet blant innvandrere, registerbasert, 4. kvartal 2015*. Hentet fra SSB.no: <https://ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/innvarbl/kvartal/2016-02-11>
- SSB.no. (2015, mars 4). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1.januar 2015*. Hentet fra SSB.no: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2015-03-04>
- Statistisk sentralbyrå. (2015, Juni 18). *Spesialisthelsetjenesten, 2014*. Hentet April 15, 2016 fra Spesialisthelsetjenesten: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse/aar/2015-06-18?fane=tabell&sort=nummer&tabell=231585>
- Storvoll, E. E. (2010, September 22). *Hvor mange alkoholikere finnes det i Norge?* Hentet fra Sirius.no: <http://www.sirus.no/hvor-mange-alkoholikere-finnes-det-i-norge/>
- Straiton, M., Reneflot, A., & Diaz, E. (2014). Immigrant`s use of primary health care services for mental health care. *Bio Med Central*, 341. doi:10.1186/1472-6963-14-341
- Sundquist, J. (1995). Ethnicity, social class and health. A population-based study on the influence of social factors on self- reported illness in 223 latin American refugees, 333

- Finnish and 126 South European labour migrants and 841 Swedish controls. *Social Science & Medicine*, 40(6), 777-787.
- Søholt, S., Tronstad, K. R., & Bjørnsen, H. M. (2014:25). *Innvandrere og sysselsetting i et regionalt perspektiv. En kunnskapsoppsummering*. Oslo : NIBR.
- Thorsdalen, B. (2016). *En demografisk beskrivelse av arbeidsinnvandrere fra EU/EØS og deres familier*. Statistisk Sentralbyrå. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
- Walseth, L. T., & Maltrud, K. (2004). Salutogenese og empowerment i allmennt medisinske perspektiv. *Tidsskrift for den norske legeforening*(1), s. 65-66.
- WHO. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2014, August udatert). *Mental health: a state of well-being*. Hentet Mai 2, 2016 fra Webområde for World Health Organization:
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- WHO. (2015). *Alcohol fact sheet*. Hentet fra WHO.no:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
- World Health Organization. (2011). *ICD-10*. Bergen: Helsedirektoratet.
- World Health Organization. (2016). *Health*. Hentet 05 9, 2016 fra World Health Organization: <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>
- Zautra, A. J., & Reich, J. W. (2011). Resilience: The Meanings, Methods, and Measures of a Fundamental Characteristic of Human Adaptation. I S. Folkman, *The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping* (s. 173-185). New York : Oxford University Press.

Vedlegg 1) Følgebrev

Informasjon til deltakere av undersøkelsen

Denne undersøkelsen er et samarbeid mellom Kompetansesenter rus – Oslo, Mastergradsstudenter ved Høyskolen i Oslo og Akershus, og Department for Education and Prevention i Warszawa. Undersøkelsen er støttet av Helsedirektoratet.

Det har i lengre tid kommet signaler fra rusfeltet om et økende antall klienter med bakgrunn som arbeidsmigranter. Med denne undersøkelsen ønsker vi å se nærmere på dette. Det er i den sammenheng dere nå har mottatt dette spørreskjemaet. Vi håper dere har mulighet til å besvare spørreskjemaet etter beste evne. Undersøkelsen er anonym og er meldt inn til datatilsynet.

I denne undersøkelsen henspiller begrepet arbeidsinnvandring på personer som har kommet til Norge for å arbeide, og som nå er blitt klienter ved norske rusinstitusjoner.

Spørreundersøkelsen avsluttes med et felt hvor du har mulighet til å gi en generell kommentar. Her kan du komme med tema som ikke har blitt dekket i undersøkelsen, nyanser du synes ikke har blitt klargjort, kritikk eller noe annet du mener er viktig i denne sammenheng.

I vedlegget finner du mer informasjon om bakgrunnen for og formålet med undersøkelsen.

Har du spørsmål til undersøkelsen kan du henvende deg til Espen Freng eller Bjørnar Bergengen ved Kompetansesenter rus- Oslo.

espen.freng@vel.oslo.kommune.no

bjornar.bergengen@vel.oslo.kommune.no

Vedlegg 2) Bakgrunn og formål med undersøkelsen

Arbeidsmigrasjon og rus

Prosjektet er et samarbeid mellom Kompetansesenter rus – Oslo, Mastergradsstudenter ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og Department for Education and Prevention i Warszawa. Undersøkelsen er støttet av Helsedirektoratet.

Kompetansesenter rus Oslo har lenge arbeidet med spørsmål og problemstillinger knyttet til migrasjon og rus. De siste årene har vi stadig fått signaler fra rusfeltet om at man ser en økning i antall klienter som har bakgrunn som arbeidsmigranter. Med arbeidsmigranter sikter vi til personer som kommer til Norge for å arbeide. Dette skiller denne gruppen fra andre innvandringsgrupper som asylsøkere og flyktninger.

Med dette prosjektet ønsker vi å undersøke nærmere hvorvidt disse signalene innebærer riktighet. Hovedproblemstillingen er *Øker antallet klienter med arbeidsmigrasjonserfaring innenfor behandlingsapparatet for ruslidelser i Norge. Og videre Kan disse klientenes rusproblem, eventuelt forverring av eksisterende rusproblem, knyttes til deres status som arbeidsinnvandrere og deltagelse i det norske arbeidsmarkedet.*

Man deler migrasjonsprosessen i tre deler; årsaker i hjemlandet/hjemregion som fører til beslutningen om å migrere, migrasjonen som omfatte reisen eller flukten fra hjemlandet og avklaringsdelen. Disse tre delene kan alle ha elementer som kan fungere som risikofaktorer for rusbruk og utvikling av et rusproblem. Samtidig vil de tone seg forskjellig for en arbeidsmigrant enn for en flyktning/asylsøker. Årsakene i hjemlandet kan i begge tilfeller være fattigdom og manglende arbeid. Selve forflytningen fra hjemlandet til Norge kan vi anta vil være mindre traumatiserende for arbeidsmigranten enn for flyktningen/asylanten, mens den siste fasen vil være forskjellig i forhold til målet med migrasjonen der flyktningen/asylanten ønsker et varig opphold i landet mens arbeidsmigranten ønsker å komme inn på arbeidsmarkedet. En annen forskjell mellom disse to gruppene er at arbeidsmigranten i all hovedsak er hjemhørende i et annet europeisk land.

Det er i denne siste fasen vi har en hypotese om at det kan utvikles et rusrelatert problem. I stor grad er det menn som kommer alene uten familie, og deres sosiale nettverk i Norge er andre menn. Familie som beskyttelsesfaktor er dermed ikke til stede. Videre ønsker vi å se

nærmere på om deltagelsen på det norske arbeidsmarkedet kan medvirke til utviklingen eller forverringen av et allerede eksisterende rusproblem.