

MASTEROPPGAVE

Læring i komplekse systemer

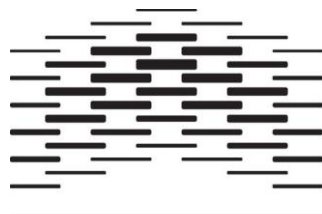
2012

Seleksjon i systemer – en studie av bosetting og behandling av
bostedløse rusmisbrukere.

Espen Moen-Hermansen

Fakultet for helsefag

Institutt for atferdsvitenskap



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Abstract

Homeless drugabusers are part of a system. These clients are characterized by low functioning on many levels. After making contact with socialservice, these clients are forwarded to either their own apartment, shelter, or treatment for drugabuse, based on the clients condition and functioning.

Systems can be seen as linear or complex. Complex systems are characterized by many relations between the parts of the system, and for the lack of a 1:1 relationship between cause and effect. Homeless drugusers, or clients, are seen as part of a complex system. In this system there are many actors, and many relationships. Homeless drugusers are known for having different problems, and they are seen as hard to treat and to settle in own homes (Ytrehus & Drøpping, 2004). The method for helping these clients are a combination of settling in own homes, harm reduction, and treatment for drugabuse. These different approaches will all have potential effect to change. The effects will be explored in the second part.

The idea is that the client, will use the different services in the system of settling and treatment, based on what the service is meant to produce. The start in one service or intervention is the input. Production is here defined as change, or the output. The study in the second part will look at the clients movements between the services in the system, and what the different ones produce. The different parts of the system will have a structure, and a function. The services in this system will be seen as selected based on their function. The selection of the service is in principle happening the same way as natural selection. Norms and tradition are shaping the way these clients are forwarded to different services, and the study will show that a pragmatic view on these complex matters could be useful.

Sammendrag

Denne artikkelen vil omhandle bosetting og behandling av mennesker med omfattende rusmisbruk. Mange i denne gruppen holder til ved Oslo Sentralbanestasjon i Oslo i et område som kalles "Plata".

Antallet aktive sprøytenarkomane i Oslo ble i 2007 anslått til å være mellom 2400-3200 (Bretteville - Jensen & Amundsen, 2006). I tillegg kommer en gruppe som har et alvorlig rusmisbruk, men som ikke injiserer narkotiske stoffer. Denne artikkelen omhandler alle rusmisbrukere som kjennetegnes ved at de har et alvorlig rusmisbruk, er Oslo-tilhørende, over 18 år - og uten fast bopel. Personer i målgruppen omtales ofte som klienter, beboere eller pasienter – avhengig av hvor de er og hvem som yter tjenester til dem. Bydelene omtaler dem ofte som klienter, spesialisthelsetjenesten omtaler dem som pasienter, mens bosteder omtaler dem som beboere. I artikkelen omtaler jeg personer i denne gruppen som klienter.

Klienter i denne gruppen har som oftest omfattende problemer, og er utfordrende å bosette og behandle (Ytrefhus & Drøpping, 2004). Ulik behandlingsevne og bosetting er begge tilnærminger som i denne artikkelen anses å ha potensiell behandlingseffekt. Med behandlingseffekt menes den effekten et tiltak har på endring eller læring hos klienten. Tiltakene brukes ofte vekselvis, i et behandlingsforløp.

Behandlingsapparatet rundt rusmisbrukere i kommunen vil i oppgaven ses på som et komplekst system. Behandling av rusmisbrukere er komplisert av flere årsaker. Miljøfaktorer og genetisk disposisjon er faktorer som vanskeliggjør behandling. Mange i gruppen bruker også flere typer rusmidler, som igjen kompliserer brukernes problemer. Fellestrekk for dem som faller under definisjonen, er at de har få tilgjengelige botilbud, og mange har problemer

med å nyttiggjøre seg de tilbudene som finnes. Problemene de har er altså boligproblemer, sosiale problemer og rusproblemer. Problemene opptrer samtidig, og de påvirker hverandre.

Takk

Jeg vil rette en takk til de som hjulpet meg arbeidet med denne masteroppgaven. Det har vært viktig å ha en god veileder med gode kunnskaper og oversikt over fagfeltet. Stein Evensen har gitt meg inspirasjon og rådgiving gjennom hele prosessen, og han har vært en svært god diskusjonspartner. Han har også vært tilgjengelig og fleksibel i hele periodens faser. Jeg vil rette en stor takk til han for dette.

Jeg vil samtidig takke lærerne ved mastergradsprogrammet. Undervisningen har vært svært inspirerende og av høy kvalitet.

Jeg vil også takke mine kolleger ved Marcus Thranes hus, som har lært meg mye om fagfeltet.

Espen Moen-Hermansen, Oslo, september 2012

Artikkel I

Teori og praksis om behandling, skadereduksjon, videreformidling og bosetting av bostedløse rusmisbrukere.

Ruslidelser defineres som: avhengighet og skadelig bruk av stoff, medikamenter og alkohol med unntak av tobakk (ICD-10, kode F10 til F19 med unntak av F17 eller tilsvarende i DSM-IV)(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000) Dette er utgangspunktet for at man plasseres diagnostisk i denne gruppen. Konsekvensene av rusbruken er omfattende for personene i denne gruppen. Med dette menes det at klienter i målgruppen ofte har flere ruslidelser som går under definisjonen. De primære stoffene som brukes er heroin og amfetamin. I tillegg brukes cannabis, alkohol, kokain, ecstasy, og reseptbelagte medikamenter(piller). Mange bruker også medikamenter som substitutt for opiater. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er i Norge organisert gjennom de regionale helseforetakene(Sykehuset i Vestfold, 2012). Målet med en slik rehabilitering er at inntak av opiater skal opphøre. Dette gjøres ved at klienten får medikamenter som suboxone, subutex, eller metadon, som substitutt for opiater. Med substitusjonsmedikamenter menes det medikamenter som gis for at klienten ikke skal innta opiater.

Upubliserte tall fra Rusmiddelstaten i Oslo Kommune viser at svært få bruker kun et rusmiddel, de aller fleste bruker flere rusmidler samtidig, og virkningen av stoffene er til dels svært ulike. Heroin er et opioid, og har tradisjonelt blitt brukt som smertelindring. Opioider er en felles betegnelse på stoffer som binder seg til bestemte seter (opioidreseptorer) på celleoverflatene i kroppen. Gruppen opioider inkluderer stoffer som er direkte utvunnet fra opiumsvalmuen (opiater), derivater av slike, eller kunstig fremstilte stoffer med tilsvarende

virkning (Folkehelseinstituttet, 2012) Vanlige opioider er heroin, morfin, kodein, metadon, buprenorfin og oksykodon. Illegale opioider, f.eks. gateheroin, sprøytes inn i blodåren (intravenøs injeksjon) etter at det er oppløst i en væske, men det kan også røykes eller sniffes (Folkehelseinstituttet, 2012). Den smertestillende virkningen dominerer dersom brukeren på forhånd har sterke smerter. Hvis man ikke har slike, vil stoffene først og fremst gi en følelse av rus og velvære. Videre kan virkninger som nedsatt evne til selvkritikk, likegyldighet og følelse av virkelighetsflukt være mer eller mindre framtreddende. Noen blir mer rastløse, men andre blir trøtte. Kvalme, vannlatingsbesvær, forstoppelse, kløe og munntørrhet er vanlig. De fleste opioidene kan redusere den kritiske sansen og øke risikovilligheten, samt påvirke ferdighetene og reaksjonsevnen i forbindelse med bilkjøring og betjening av redskaper og maskiner (Folkehelseinstituttet, 2012). Etter gjentatt inntak av heroin, vil brukeren oppleve økt toleranse, og et «sug» eller en «craving» etter stoffet og rusen.

Amfetamin og metamfetamin er sentralstimulerende stoff som kan inntas gjennom munnen som tablett, pulver, oppløst i væske, injiseres, røykes (ice) eller sniffes (Fekjær, 2004). Amfetaminrus kjennetegnes av hevet stemningsleie og økt psykomotorisk tempo. Vanlige symptomer er høy selvfølelse, pratsomhet, rastløshet, nervøsitet, svimmelhet og våkenhet/mangel på søvn. Amfetamin brukes ofte periodevis med gjentatte doser flere dager i strekk, og bruken kan føre til aggresjon og økt sannsynlighet for voldsbruk (Padwa & Cunningham, 2010). En slik periode innebærer vanligvis svært lite søvn og matinntak. Ytterligere inntak av amfetamin vil til slutt ikke gi merkbare effekter, og det vil følge en fase preget av utmattelse og stort søvnbehov. I denne fasen kan det oppstå depresjon og/eller forvirring, eventuelt paranoid psykose (skremmende vrangforestillinger om å være forfulgt) (Padwa & Cunningham, 2010; Folkehelseinstituttet, 2012). Langvarig amfetaminmisbruk fører

også til forhøyet risiko for utvikling av hjerte- og karsykdommer, og organskader i hjernen (Karch, 2007).

Dette blandingsmisbruket påvirker hver klient forskjellig. Svært få i denne gruppen er utredet i forhold til blant annet psykiske lidelser. Likevel vet man at det er en sammenheng mellom rusmisbruk og psykiske lidelser. En større spørreundersøkelse kalt "Epidemiologic Catchment Area", viste at de med psykiske lidelser hadde dobbelt så ofte et alkoholproblem, og fire ganger så ofte et narkotikaproblem som den generelle populasjonen (Regier m.fl., 1990). Mange klienter viser også symptomer på psykisk lidelse, uten at de har en diagnose. En gjennomgang av Rusmildeletatens journalsystem "Rusdata", viser at det er sjelden klienter i denne gruppa har en diagnose. Det er to mulige forklaringer på dette. En forklaring er at klienter i denne gruppen er underdiagnostisert. Dette stemmer godt med inntrykket av at de har problemer med å oppsøke hjelpeapparatet, og problemer med å følge opp utredning (Frelsesarmeen, 2004). En annen mulighet er at antall klienter med en diagnose er et uttrykk for den reelle forekomsten av psykiske lidelser hos denne gruppen. I tillegg kan atferd som ser ut som symptomer på psykisk lidelse skyldes inntak av rusmidler.

Det er mange mulige årsaker til at noen bruker narkotiske stoffer. I artikkelen "The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence", argumenterer forfatteren for at rusmidler inntas som en form for medisinerings av psykiske lidelser (Khantzian, 1985). For eksempel, vil en person bruke heroin for å dempe aggresjon, eller bruke kokain for å dempe depresjon, ved at rusmidlet øker energinivået og gir en lykkefølelse (Khantzian, 1985). Khantzian (2003) reviderte senere hypotesen, og argumenterte for økt støtte til denne. Hypotesen om selvmedisinering ser ut til å stemme særlig godt for klienter med hyperaktivitet og inntak av amfetaminer (Khantzian, 2003).

Klienter som bruker rusmidler har sannsynligvis mer eller mindre kontroll på betingelsene for atferden. I en atferdsanalytisk sammenheng sier man at atferd er funksjon av biologiske egenskaper, læringshistorie og forsterkningsbetingelser (kontekst) (Baum, 2005). Atferd finner sted i en kontekst. Konteksten er det miljøet atferden skjer i, og man sier at atferd er under kontroll av stimuli (Baum, 2005). Stimuli vil være den aktuelle kontekst som atferden finner sted i. Et eksempel på dette kan være at man går over gaten når et trafikklys lyser grønt, eller blir stående når trafikklyset lyser rødt. Atferden er under diskriminativ kontroll av fargen på trafikklyset. Atferd er avhengig variabel som kan endres i frekvens og intensitet, mens stimuli er uavhengige variabler som påvirker forekomsten av avhengig variabel, altså atferd (Baum, 2005). Det er en diskusjon i atferdsanalysen som startet på 1930-tallet om den skulle være orientert mot et såkalt molart eller molekylært syn på atferd (Baum, 2002; Baum, 2005). I et molekylært syn forklares atferd som enkeltstående responser under diskriminativ kontroll (Baum, 2005). I et molart syn er atferd mer som utvidede mønstre av atferd, altså hvor mye tid atferden opptar (Baum, 2005). I et molart syn er avhengigheten til stimuli knyttet til større mønstre av atferd over tid (Baum, 2005). Dette synet er kanskje best egnet i denne sammenhengen, mens det molekylære kan være nyttig under eksperimentelle betingelser.

Kognitiv psykologi er opptatt av kognisjonens rolle i forhold til utviklingen av atferd (Bandura, 1986). Med kognisjon menes det her tenkning. Kognitiv psykologi har fokus på aktuell atferd, men ser det som utilstrekkelig å se på atferd kun som et produkt av miljøet. Forventninger om egen atferd, basert på vurderinger av seg selv og tidligere atferd kalles "Self – efficacy" (Bandura, 1997). Med dette menes en persons evne til å sette seg konkrete handlingsmål, og en klar forventning om å kunne gjennomføre sine mål. Begrepet har fått en sentral plass i nyere personlighetsteori. Bandura har også forsket på hvordan mennesker konkret kan bygge opp sin mestringsforventning (Bandura, 1997).

Humanistisk psykologi legger hovedvekten på menneskets subjektive opplevelser, verdier, valg og motiver i forståelsen av dets personlighet og atferd (Saugstad, 2000). Humanistisk psykologi hevder at mennesker har iboende egenskaper for å utvikle et rikt tanke- og følelsesliv, og til å samarbeide konstruktivt med andre mennesker (Saugstad, 2000).

Humanistisk psykologi kritiserer blant annet atferdsanalytisk orientert psykologi for at denne ikke gir plass for menneskets muligheter for å foreta valg og planlegge sitt liv (Saugstad, 2000). Albert Maslow (1954) er særlig kjent for sine teorier om at menneskelige motiver har en hierarkisk oppbygning. Han mener at behovene former de motivene som forklarer den observerbare atferd (Maslow, 1954). Begrep som motiv er ikke brukt som vitenskapelig begrep i atferdsanalytisk metode. Psykoanalytiske perspektiver på atferd sier at man er født med en del egenskaper. Hvis man undertrykker disse, vil de kunne føre til emosjonelle problemer, symptomer på psykisk lidelse, men også positive effekter som gode sosiale og kunstnerisk ferdigheter (Saugstad, 2000).

Atferden til mennesker med alvorlig rusmiddelmissbruk er avvikende, og preget av et smalt atferdsrepertoar. Atferdsrepertoar forstås som all atferd en person kan fremvise med en eller annen sannsynlighet (Pierce & Cheney, 2004). Det er viktig å påpeke at rusmiddelmissbruk og atferdsproblemer ikke nødvendigvis står i et årsaksforhold. Det er også individuelle forskjeller med henhold til hva som opptrer først av lidelsene, og hvilken lidelse som kan være årsak til den andre. Eksempler på ”rar” eller unormal atferd er høy tale, at man sover på uegnede steder, og injesering av rusmidler i det offentlige rom. Dette er eksempler på påfallende atferd som blir oppfattet som avvikende av samfunnet.

Rusbehandling

Avrusning blir brukt med ulike målsettinger (Helse – og Omsorgsdepartementet, 2003, Blå Kors, 2012, Strøm, 2012). De to hovedtypene er;

1) Sosial avrusning

2) Avrusning som ledd i rusbehandling.

Sosial avrusning er et begrep som brukes når avrusningen brukes som et virkemiddel for å oppnå rusmestring. Sosial avrusning er en metode hvor pasienten gjennom skjerming og omsorg, ernæring, hygiene, søvn og fastholding av rutiner kan få hjelp til å bryte rusmønsteret (Helse – og Omsorgsdepartementet, 2003, Blå Kors, 2012). Sosial avrusning brukes når målet for avrusning er hvile fra rusatferd.

Hvis en klient skal til rusbehandling, er det vanlig med et avrusningsopphold. Dette koordineres da som et ledd i et behandlingsløp. Målet med denne typen avrusning er vanligvis nedtrapping av opiat, ofte kombinert med opptrapping på substitusjonsmedikamenter.

Kriteriene for inntak ved rusakuttmottaket ved Oslo Universitetssykehus er ulike, og funksjonen til ulike kriterier er at de skal være tilpasset klientenes ulike problemer i forkant av avrusningen.

Avrusning som ledd i behandling er en type avrusning som brukes i forkant av behandlingstiltak. Avrusningen kan være akutt eller planlagt. Kriteriene for akutt avrusning er at klienten er gravid og har rusmiddelproblemer, at rusmiddelmisbruket medfører akutt fare for liv og helse, at rusmiddelinntaket er endret og medfører fare for utvikling av alvorlige

abstinensreaksjoner, eller at rusmiddelinntaket vil føre til alvorlige relasjonsbrudd eller funksjonstap (Strøm, 2012).

Målsettingen ved inntak er avrusning som et ledd i en plan om opphør av inntak av rusmidler, eller som et akuttiltak med målsetting om å redde liv (Strøm, 2012).

Rusbehandling har som mål at inntak av rusmidler skal opphøre. Rusbehandling kan foregå på mange forskjellige måter. Vanlige behandlingstyper er innleggelse i døgnbehandling, poliklinisk behandling, behandlingskollektiv, og LAR behandling. De ulike behandlingstypene har ulike metoder. Tanken er at forskjellig behandlingsmetode trengs for å behandle forskjellige type pasienter, med forskjellig type misbruk (Helse –og Omsorgsdepartementet, 2003)

Døgnbehandling foregår typisk ved innleggelse. Innleggelse på sykehus innebærer et bestemt behandlingsregime. Behandlingen foregår ofte ved et avrusningsopphold i 6-8 uker, og så poliklinisk ettervern i 11 måneder (Sørlandet sykehus HF, 2012). Avrusningsoppholdet har målsettingene avgiftning, avklaring og motivering for videre behandling (Sørlandet sykehus HF, 2012). Behandlingen foregår gjennom samtaler med personalet, medikamentell behandling, og fysisk aktivitet (Sørlandet sykehus HF, 2012). Etter avrusning overføres pasienten til basispost, som er starten på døgnbehandlingen. Her gis det individuelle samtaler med gruppeterapeuter eller andre i det tverrfaglige behandlingsteamet, som lege, psykolog, psykiater, sosialkonsulent eller etisk rådgiver.

Behandlingsteknikkene bygger på ulike tradisjoner, som kognitiv terapi, realitetsterapi, gestalt terapi, narrativ terapi og andre relasjonsorienterte terapier (Sørlandet sykehus HF, 2012). Noe av metodikken bygger på AA`s 12 trinn (Sørlandet sykehus HF, 2012). AA står for Anonyme Alkoholikere, og er et behandlingsprogram som gjennom 12 trinn har rusfrihet som mål (Anonyme Alkoholikere, 2005). Metoden går ut på at man gjennomfører hvert trinn, som

igjen kvalifiserer til å starte på neste trinn. AA er et behandlingsprogram med et kristent innhold (Anonyme Alkoholikere, 2005).

Poliklinisk ettervern foregår ved at pasienten møter til gruppesamtaler en gang i uken. Målet med samtalene er å dele erfaringer om fremgang og utfordringer med gruppen (Sørlandet sykehus HF, 2012) I slik rusbehandling er det nulltoleranse for vold, trusler, inntak av rusmidler, idyllisering av rus og kriminalitet, og nedsettende omtale av andre institusjoner (Sørlandet sykehus HF, 2012). Dette regimet preges av mange regler, og det er usikkert om denne typen behandling passer alle typer klienter. Poliklinisk rusbehandling er behandling som foregår på dagtid, i form av samtaleterapi (Sørlandet sykehus HF, 2012).

LAR (legemiddellassistert rehabilitering) foregår ved at pasienten får substitusjonsmedikamenter. Medikamentet skal fungere som et substitutt for opiater, og hindre ”sug” etter opiatrus.

LAR-behandlingen er delt inn i fire faser (Sykehuset i Vestfold, 2012);

Oppstart og kartleggingsfase: Hovedfokuset er oppstart av legemiddel, etablere ansvarsgruppe, utforske klientens behandlingsmålsetting og kartlegge hvilken bistand klienten trenger fra ulike deler av hjelpeapparatet.

Rehabiliteringsfase: I denne fasen er fokuset rettet mot rusfrihet og aktivt rehabiliteringsarbeid. Denne fasen krever aktiv innsats både fra klienten og hjelpeapparatet.

Stabiliseringsfase: Målsettingen er økt livskvalitet, stabilitet og eventuelt vedlikehold av etablerte hjelpetiltak.

Gjennomført rehabilitering: Stabil medisinerings og rusmestring. Det er lite behov for tiltak fra LAR utover oppfølgingsmøte en til to ganger pr. år.

I tillegg til medikamentbehandling, gir gjennomføring av LAR tilgang til samtaler med psykolog. LAR er en såkalt lavterskelbehandling. I denne sammenhengen betyr lavterskel at det er få krav til innsøking og inntak. Dette vil igjen bety at mange oppfyller kravene til denne behandlingen. Pr. 31.12.09 var det 1171 pasienter i LAR i Oslo (Waal, Clausen, Håseth, Lillevold, 2010).

I og med at LAR - behandling er en lavterskelbehandling, anses den som lett tilgjengelig. LAR etterstreber også raskt re - inntak hvis klient avbryter behandlingen. LAR er et alternativ til de som ikke ønsker behandling uten substitusjonsmedikamenter. LAR har som mål å erstatte inntak av opiat med inntak av substitusjonsmedikament. Behandlingen har potensielt mange positive effekter. I og med at klientene får medikamentene gratis, slipper de å skaffe penger til stoff. Det er kjent at stoffavhengige begår kriminelle handlinger for å skaffe penger til stoff. Opiatavhengige har et sterkt fysisk avhengighetsforhold, hvilket gjør at mange nedlegger mye ressurser i å få dekket behovet for rusmidlene. Dette skjer i stor grad ved å skaffe ressurser til finansiering gjennom kriminalitet, som for eksempel innbrudd/tyveri og ”dealing” (Legemiddelindustriforeningen , 2005).

I følge tall fra Norsk Pasientregister(2010), sto 4000 personer med rusproblemer i behandling i Norge (Helsedirektoratet, 2011). Dette er behandling med mål om opphør av inntak av rusmidler. Det er spesialisthelsetjenesten og sykehusene som er ansvarlig for rusbehandling i Norge. Helsetjenester i Norge er fordelt mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Helse - og Omsorgsdepartementet, 2012). Primærhelsetjenesten er organisert under kommunene, mens spesialisthelsetjenesten er et statlig ansvar.

Spesialisthelsetjenesten er delt opp i fire regioner, med hvert sitt geografiske område. De regionale helseforetakenes ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester omfatter også rusbehandling. Med rusreformen ble ansvaret for fylkeskommunale tiltak for

rusmiddelmissbrukere overført til staten ved de regionale helseforetakene fra 1. januar 2004 (Helse - og Omsorgsdepartementet, 2012).

Når det er behov for rusbehandling i spesialisthelsetjenesten, er det enten sosialtjenesten i kommunen eller lege som kan foreta henvisningen til tverrfaglig spesialisert behandling i spesialisthelsetjenesten. En slik henvisning kan også foretas av andre deler av spesialisthelsetjenesten. En henvisning fra sosialtjenesten eller lege til tverrfaglig spesialisert behandling skal sendes til egne vurderingsinstanser i spesialisthelsetjenesten. Ved disse vurderingsenhetene skal behandlingsbehovet vurderes i samarbeid med pasienten og henviser

Kategorien klienter som oppgaven omhandler, er som nevnt definert som mennesker med store problemer på flere områder. Kartleggingsverktøyet EuropAsi (Blacken & Hendriks m.fl., 1994), som brukes til å kartlegge personer med rusproblemer, kartlegger fungering på sju områder hos klienten. Disse områdene er fysisk helse, utdanning og arbeid, alkoholbruk, narkotikabruk, kriminalitet, familie og sosiale relasjoner, og psykisk helse. At kartleggingen har med disse sju områdene blir vurdert særlig positivt fordi det bidrar til å kartlegge og uttrykke kompleksiteten i klientenes situasjon (Lauritzen, 2010) Disse personene kan ha problemer på noen eller mange av disse områdene.

Rusavhengige oppfattes som vanskelige å yte tjenester til (Evjen m.fl., 2004). De har ofte uklare ønsker, lavt funksjonsnivå og stort inntak av rusmidler. Bydelen, som har ansvaret for klienten, kartlegger klienten avhengig av hvor godt klienten er kjent fra før. Hvis klienten er godt kjent, vil det sjelden gjøres en ny kartlegging. Hvis klienten ikke er kjent, vil sosialkontoret kartlegge klienten i form av intervju. Kartleggingen kan gjøres gjennom strukturert intervju (for eksempel gjennom kartleggingverktøy som EuropAsi) eller gjennom ustrukturerte intervjuer (samtaler). Hvis kartleggingen viser tegn på at klienten er injiserende

rusmisbruker, vil det være flere mulige alternativer for videreformidling. Sosialkontor og klient vil sammen finne ut av hva som er behovene til klienten. Alternativene er som oftest bolig, behandling, eller hybelhus i seksjon skadereduksjon. Innenfor disse kategoriene finnes det flere alternativer, med ulik struktur og funksjon. I Oslo finnes det et tiltalls tilbud for denne gruppen, med forskjellig størrelse og tilbud.

Når det gjelder denne gruppen rusmisbrukere, kan det se ut som om lavterskelhus ofte velges. Det finnes private lavterskeltilbud i Oslo, men de vanligste er hybelhusene i Rusmiddeletatens seksjon skadereduksjon. En forutsetning for skadereduksjon er lav terskel og god tilgjengelighet, beskrevet av blant andre Marlatt m.fl. (1998); *hjelp tilpasset brukernes behov, hjelp gitt på brukernes premisser og ideelt sett uten betingelser, oppsøkende virksomhet, møte personer der vedkommende er, anti - stigmatiserende holdning, fokus på hvordan man kan redusere skadene i forhold til helse, hygiene, seksuell atferd, ernæring, familie eller økonomi.* Skadereduksjon veksler mellom et filosofisk ståsted og konkrete tiltak, som gjør at begrepet er noe diffust (Ritter & Cameron, 2005). Seksjon skadereduksjon i Oslo Kommune ble opprettet for å hindre HIV-smitte mellom rusmisbrukere. På 1980-tallet ble begrepet innført, og bidro til en dreining fra å oppfatte rusmisbruk som et juridisk anliggende, til å behandle disse problemene som helseproblemer. Det ble et større fokus på skadereduserende tiltak, som utdeling av sprøyter, mat og ambulerende feltpleie. Seksjon skadereduksjon har i stor grad vært et omsorgstilbud, og et helsetilbud for rusmisbrukere i Oslo Kommune. Tradisjonelt har tilbudet vært for å hindre smitte, og å redde liv. Etter hvert har tilbudet blitt utvidet, og har i dag flere funksjoner. En av disse er midlertidige botilbud. Uavhengig av om det er tiltenkt eller ikke, har lavterskelhusene en boligfunksjon. Ingen av klientene i brukergruppen har fast bolig, og det er flere årsaker til dette. Studier fra Sverige viser at mange av dem uten fast

bosted har misbruksproblemer eller psykiske problemer eller en forhistorie fra institusjonsomsorgen (Sahlin og Löfstrand, 2001, Hansen m.fl., 2004).

SYSTEMTEORI

Rusfeltet kan ses på som et system, og det perspektivet er et viktig tema i denne artikkelen. Klientenes bevegelser i systemet blir undersøkt i artikkel 2. Et utgangspunkt er at systemer fungerer dynamisk, og at de endres som et resultat av seleksjonsmekanismer. Dette innebærer at rusfeltet endrer seg langs ulike dimensjoner og av mange ulike årsaker. Innenfor systemet rusfeltet finnes det ulike tiltak med ulike funksjoner.

Organisasjoner defineres tradisjonelt som systemer som består av to eller flere individer som samhandler for å løse definerte oppgaver (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Organisasjoner defineres ulikt avhengig av om de produserer tjenester eller varer (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Sims & Lorenzi (1992) definerer organisasjoner som et sett av deler som er koordinert til å nå noen bestemte mål (Sims & Lorenzi, 1992). Axelrod & Cohen definerer systemer som summen av deltagere (agenter), alle strategier og alle relevante miljøfaktorer (Axelrod & Cohen, 2000). Systemer består av ulike deler med ulike relasjoner seg i mellom. Systemer kan ses på som noe annet enn bare summen av systemets deler. Et eksempel på dette er et musikkstykke som består av en mengde noter på et ark. Hver for seg er notene deler av et system, og dersom man setter notene sammen, i riktig rekkefølge, vil de fremstå som en helhet. Helheten vil her gi mer mening enn summen av notene på arket. Dette handler om interaksjon mellom delene i systemet, og hvordan delene blir brukt sammen.

Delene i systemet er også i kontakt med deler utenfor systemet. Grensene for et system vil kunne forandres over tid. Det viktigste vil være å se på de relasjonene systemet har, uavhengig av om disse ”tilhører” systemet eller ikke (Senge, 2006). Hvis man skal se på hva som er utenfor og innenfor et system, vil dette kunne illustreres hvis man tenker seg et bilde av systemet, og alle dets relasjoner. Det som er klart er at de delene som har relevans til systemet vil være en del av systemet. De relevante delene vil være de som til en hver tid har en relasjon til systemet. Delene i systemet vil være ulikt plassert i forhold til sentralitet i tid og rom. Uavhengig av avstand i tid og rom vil delene kunne ha svak og sterk påvirkning på systemet (Sterman, 2000). Systemet er med andre ord tøyelig med tanke på om hvilke deler som er innenfor eller utenfor.

I systemdynamisk teori forsøker man å illustrere systemets atferd ved å se på ulike betingelser for atferd – og forskjellige mulige utfall. Dette kan gjøres gjennom simuleringer. Simuleringer er testing av virkelige hendelser gjennom virtuelle situasjoner (Schön, 1983). Simuleringer gjøres ved å virtuelt fremstille en virkelig situasjon, for så gjennom ulike beslutninger se på ulike utfall av beslutningene (Sterman, 2000). Simuleringer kan gjøres gjennom rollespill, fysiske modeller, eller dataprogrammer (Sterman, 2000). En flysimulator er et eksempel på en type simulering. Gjennom å teste ulike strategier og beslutninger kan man gjennom simulering få kunnskap om hvilke strategier og beslutninger som er nyttige.

I simuleringer kan man manipulere ulike variabler, for igjen å se hva slags effekt dette har på systemet. Fordelen med simuleringer er at man kan prøve og feile et ubegrenset antall ganger, som igjen gir et godt grunnlag for god kunnskap om systemets atferd. Mulige ulemper er knyttet til at man ikke inkluderer viktige variabler i simulasjonen som kan gjøre at den ikke er gyldig for det fenomenet den skal simulere.

Et systemdynamisk prinsipp er at atferd styres av mål, som påvirker vår atferd, som påvirker miljøet, som påvirker våre mål, som igjen påvirker vår atferd. Atferden og våre avgjørelser er avhengige av miljøet, altså den reelle situasjonen vi er i. Dynamikk styres av feedback, enten selvforsterkende eller selvkorrigerende feedback (Sterman, 2000). Dynamikk påvirkes også av lager og flyt, tidsforsinkelser, og nonlinearitet (Sterman, 2000). En tilbakemelding eller respons er definert som feedback hvis den fører til en ny handling, som igjen forandrer ditt syn eller ståsted (Sterman, 2000). Her vil altså det som ikke fører til endring, heller ikke defineres som feedback.

Det finnes ingen eksakt definisjon av komplekse systemer (Sandaker & Andersen, 2008) Kompleksitetsteori kan ses på som en vitenskap eller en måte å tenke på. Kompleksitetsteori har sine røtter i naturvitenskap, fra disipliner som fysikk, biologi og kjemi (Sandaker & Andersen, 2008). Systemer kan være kompliserte eller komplekse. Kompliserte systemer kan lett forstås som komplekse. Årsakene til dette kan være at vi blander begrepene og forståelsen av dem, og at vi har for lite kunnskap om systemet. Kompliserte systemer er forutsigbare. Det vil ikke si det samme som at de er lette å forstå. De kan være tidkrevende å forstå, men de har en atferd som kan predikeres fra start til slutt. Det finnes mange eksempler på kompliserte systemer. Mekaniske motorer er kompliserte. Delene i en motor er satt sammen slik at alle delene har et forhold til hverandre. I en motor vil det være mulig å finne klare årsakssammenhenger mellom delene i motoren, og hvilken funksjon delene har i og for systemet. Komplekse systemer kan defineres som systemer med mange relasjoner mellom delene av systemet (Sandaker & Andersen, 2008, Sterman, 2000). Graden av kompleksitet i et system vil være relatert til antall relasjoner i systemet, og vil øke i takt med antall relasjoner (Sandaker & Andersen, 2008).

Systemer kan altså ses på som lineære eller komplekse. Komplekse systemer kjennetegnes ved nonlinearitet, forsinkelser, dynamikk, selvregulering, vekselvirkning, og at de er adaptive (Sterman, 2000). Uforutsigbarheten er knyttet til at komplekse systemer ofte har en atferd som ikke kan knyttes til synlige årsakssammenhenger. Påvirkning fra variabler som ikke anses som virksomme er en av forklaringene på dette. Disse variablene er såkalte tredjevariabler. Komplekse systemer kjennetegnes ved at små påvirkninger kan føre til store reaksjoner eller forandringer. Forsinkelser kan opptre som informasjonsforsinkelser (Sterman, 2000). Et eksempel på en informasjonsforsinkelse kan være forskjellen mellom en forandring i behov for en tjeneste, og forventninger om behov for en tjeneste. Dette kan knyttes direkte opp mot rusfeltet ved at det for eksempel kan oppstå en forskjell i forventning om behov for boenheter for rusmisbrukere, og et reelt behov for boenheter for rusmisbrukere. Hvis det er slik at forventningene kun er bygget på tidligere hendelser, vil det kunne gi et ufullstendig bilde av framtidig behov. Det vil også kunne oppstå en forestilling om at behov vil utvikles i samme takt i fremtiden, på bakgrunn av at det tidligere har utviklet seg i denne takten.

Man kan forholde seg proaktiv eller reaktivt til systemer. Selv når det er åpenbart at forandringer vil få konsekvenser for systemet, er det ikke alltid åpenbart hvordan forandringene skal møtes. I organisasjoner som vil bli berørt vil det ofte stå mellom en reaktiv eller proaktiv strategi for å møte forandringer. Proaktiv og reaktiv ses som forskjellige strategier (Senge, 2006). En proaktiv strategi vil innebære at man gjør endringer i organisasjonen før konsekvensene av en ny endring inntreffer. En reaktiv strategi vil være å vente med å gjøre endringer i organisasjonen til det er klart hva slags konsekvenser endringene vil ha på organisasjonen.

Det kan argumenteres for at valg av strategi henger sammen men hvordan man ser på systemer.

Informasjonsforsinkelser i systemer gjør at det ofte vil kunne skje en overjustering (Senge, 2006). Et eksempel på dette er å se på systemet som en termostat. Hvis det er behov for mer varme i et rom, skrur termostaten opp. I og med at det tar noe tid før temperaturen blir høyere, vil termostaten kunne bli skrudd enda mer opp. Resultatet blir at det blir for varmt i rommet, og termostaten må skrur ned igjen.

Det samme vil kunne skje i forhold til opplevd behov og faktisk behov for boliger. Hvis det er slik at det på et tidspunkt ble startet å bygge boliger for denne gruppen klienter, vil disse naturlig nok ta noe tid å bygge. Effekten av tiltaket ”bygge boliger” vil først komme når boligen står klar. Dette vil kunne medføre at det bygges flere boliger enn nødvendig, fordi effekten av tiltaket ”bygge boliger” inntreffer sent i tid. Overjusteringen skjer når tiltaket som er satt i gang ikke gir noen synlig eller umiddelbar effekt. Før effekten blir synlig, vil det se ut som om tiltaket ikke har effekt. Konsekvensen av dette vil kunne bli at systemet blir overjustert, som igjen fører til ustabilitet (Senge, 2006). Denne ustabiliteten vil igjen kunne føre til flere tiltak og forsøk på å endre systemet.

Det er altså ikke nødvendigvis et 1:1forhold mellom påvirkning og reaksjon. Dette gir store konsekvenser for systemer. Det krever kunnskap og forståelse for komplekse systemer, for å forstå, styre, og forklare slike systemers atferd. Systemet rus – og behandlingsfeltet er et komplekst system. Det innehar alle de betingelsene som definerer et slikt system. Systemet består av aktører med sterk og svak tilknytning, ulik avstand i tid og rom, forsinkelser mellom tiltak og effekt, og det er ikke-lineært (Sterman, 2000).

Når man skal forklare hendelser i systemer er det lett å se på disse isolert, og uten relasjon til systemet de er en del av. Et slikt fokus på å se hendelser isolert fra kontekst, kalles ”Event oriented view” (Sterman, 2000). Dette er beskrevet som en vanlig holdning til hendelser i organisasjoner. Hendelser skjer som oftest i en kontekst, og organisasjoner står i fare for å ”se

seg blinde” på enkeltstående hendelser. Når man forsøker å løse et problem, vil det kunne oppstå nye problemer, og uønskede effekter av våre handlinger. Disse nye problemene vil tilsynelatende oppstå uten forvarsel eller forklaring. Dette skyldes som oftest vår begrensede kunnskap om komplekse systemer (Sterman, 2000).

Herbert Simon skrev i 1957 artikkelen ”Models of man”, blant annet om menneskers begrensede muligheter til å foreta rasjonelle valg (Simon, 1957). Mange prosesser forsøkes å styres ut fra en planmessig og rasjonell metode. Tiltak settes i gang for å løse problemer, og det planlegges ut fra at problemer kan løses med riktige tiltak. Med begrenset rasjonalitet menes det at vi har begrenset tilgang til flere av de faktorer som styrer et forløp (Simon, 1957). Vi har begrenset tilgang til mange av de variabler som styrer en prosess eller et forløp, og derav begrensede muligheter til å styre prosessen. Selv om Simon i utgangspunktet ikke skrev om komplekse systemer, sammenfaller hans teorier med teorier om komplekse systemer. Man ser ofte at man har en begrenset tilgang til styrende faktorer når man jobber i eller med komplekse systemer. Ofte vet man ikke hvilke faktorer som styrer prosessen mot et ønskelig resultat, eller hvilke faktorer som hindrer at man får de resultatene man ønsker. Begrenset rasjonalitet er kompatibelt med forståelsen av komplekse systemer, og hva som påvirker komplekse systemers atferd.

Seleksjon i systemer

Studieområdet i denne artikkelen er komplekse systemer, eksemplifisert gjennom behandlingssystemet for rusmisbrukere. I dette systemet vil kompleksitet prege de som er i systemet (altså menneskene), og systemets atferd. Hypotesen er videre at seleksjon i dette systemet fungerer etter de samme prinsippene som naturlig seleksjon gjør i naturen. Naturlig

seleksjon eller utvalg betyr at det gradvis skjer en endring av organismer i et gitt miljø (Mysterud, 2003). Seleksjon brukes i forhold til flere forskjellige analyseenheter. Man snakker om seleksjon på genetisk nivå, på artsnivå og på kulturnivå (Glenn, 2005). Det genetiske representerer her biologien. Evensen sier: *"Seleksjon forekommer via gjentatte sykluser av replikasjon med variasjon og interaksjon med omgivelsene som medfører differensiell replikasjon. Effekten av seleksjon er evolusjon"* (Evensen, 2008). Seleksjon vil forklare forandringer hos en art, eller utvikling av nye arter. Varianter som overlever og formerer seg gjennomsnittlig oftere enn andre varianter, vil over tid dominere en populasjon (Mysterud, 2003). Seleksjon i samfunnssystemer kan skje etter de samme prinsippene. Hines (1998) argumenterer for å se på ideer i organisasjoner analogt med gener i naturlig seleksjon. Hines forbeholder sammenligningen til ideer som ses på som styrende eller viktige for organisasjoner (Hines, 1998). Ideer som styrer organisasjoner kan for eksempel være metoder eller ideologi, og slike ideer kalles "policies" (Hines, 1998, Sterman, 2000). "Policies", eller ideer, er de regler som styrer organisasjoner, og som fører til handlinger (Hines, 1998). I følge Hines er det slik at "policies", slik som gener, produserer en kontinuerlig strøm av handlinger (atferd). "Policies", som gener, er et område evolusjon kan virke på. Hvis "policies" utvikles, så vil organisasjonen utvikles (Hines, 1998).

I biologiske systemer vil nøytrale forandringer resultere i genetisk drift. Dette betyr at et individ forandrer sin form uten at dette fører til økt tilpasning. I et organisasjonsperspektiv kan man snakke om "læringsdrift", altså at mennesker i organisasjonen deler ideer / policies, uten at dette forbedrer organisasjonens tilpasning. Dette vil igjen bety at organisasjonen endrer struktur, men ikke funksjon. Organisasjoner vil da oppleve læringsdrift, eller evolusjon, avhengig av om ideer utvikles eller ikke. Merk at læringsdrift eller evolusjon ikke tillegges verdi, i den forstand at det er ønskelig eller uønskelig. Seleksjon skjer "verdifritt".

Axelrod & Cohen (2000) definerer seleksjon og forutsetninger for at seleksjon kan finne sted noe annerledes enn det gjøres i biologien. Agent defineres som seleksjonsenheten eller den enheten som selekterer. Alle rusmiddeletatens seksjoner, alle private aktører og alle instanser i spesialisthelsetjenesten kan defineres som agenter. Strategi (Axelrod & Cohen, 2000) defineres som agentens respons. Denne kan være tilsiktet eller utilsiktet. Forandring i strategier kan være et resultat av forandringer i populasjonen av agenter. Man snakker også om populasjoner av agenter og populasjoner av strategier (Axelrod & Cohen, 2000).

Populasjonen strategier er de strategiene som finnes for populasjonen agenter. Man kan si at to agenter tilhører samme populasjon hvis den ene agenten kan bruke en strategi brukt av den andre agenten (Axelrod & Cohen, 2000). System defineres her som populasjoner av agenter, med deres strategier og interaksjoner (Axelrod & Cohen, 2000). Videre kan man si at desto flere interaksjoner, desto mer komplekst vil et slikt system være. Dette fordi flere interaksjoner vil føre til flere hendelser og forandringer som ikke kan spores lineært i tid og rom.

Seleksjon av strategier kan skje ved prøving og feiling, kopiering, eller ved at ytre omstendigheter påvirker agenten og/eller populasjonen. Seleksjon er ikke alltid til det beste for agenten, men når den fører til bedring/endring snakker man om adaptasjon (Axelrod & Cohen, 2000). Komplekse adaptive systemer defineres som systemer bestående av agenter og populasjoner som søker å adaptere. Når flere populasjoner av agenter søker å tilpasse seg, kalles dette en koevolusjonær prosess (Axelrod & Cohen, 2000). I følge Axelrod & Cohen er idéen å dra fordeler av kompleksitet, i stedet for å forsøke å eliminere kompleksitet. Dette siste gjøres ofte fordi kompleksitet, og særlig dens uforutsigbarhet, ses på som et uromoment som bør fjernes.

Interessenter

En interessent er en person eller organisasjon som er aktivt involvert i et prosjekt eller organisasjon, eller som har interesser som kan bli berørt av prosjektets gjennomføring eller sluttresultat (Rolstadås, 2006). Mye av litteraturen om interessenter og interessentanalyser er fra prosjektarbeider (Rolstadås, 2006, Fassin, 2009). Likevel kan de samme prinsippene brukes i systemanalyser. Fassin (2009) beskriver interessenter som et individ eller en gruppe som har en interesse i en organisasjon på samme måte som en aksjeeier har aksjer. Dette vil da kunne ses analogt som et eierskap i et selskap eller en bedrift. Interessenter vil da ha et tett eller løst eierforhold til et system.

Aktør kan også brukes som interessent. Konseptet interessent har blitt kritisert for å være for vagt (Fassin, 2009), men i denne sammenheng vil begrepet gjelde de som er i direkte kontakt med systemet og klienten, både formelt og uformelt. Tar man med alle som kan bli påvirket eller påvirke vil man ende opp med et stort antall interessenter. I denne artikkelen avgrenses interessenter til klient, institusjon, bydel, Rusmiddeletatens administrasjon, spesialisthelsetjenesten, familie og media.

Freemans (1984) interessentmodell har blitt trukket frem som en viktig modell med stor gjennomslagskraft (Fassin, 2009). Freemans modell beskriver organisasjoner og interessenter som størrelser med gjensidig påvirkning, uavhengig av styrke. Freemans modell er hentet fra økonomi, eksemplifisert med bedrifter. Modellen beskrives med en bedrift i midten, og interessenter rundt bedriften. Freemans interessenter er staten, konkurrenter, kunder, ansatte, samfunnet (civil society), leverandører og aksjeeiere. I en nyere modell (Phillips & Freeman, 2003) begrenser de interessentene til kunder, nærmiljø (communities), ansatte, leverandører,

og investorer (financiers). Dette er de som er nærmest og mest direkte tilknyttet bedriften. Mer perifere interessenter er stat, media, kritikere, miljøbevegelse, og andre (Phillips & Freeman, 2003).

Interessenter representerer muligheter og begrensninger i forhold til resultater, eller output. Savage m.fl.(1991) har delt inn interessenter etter dimensjonene – potensiale for å påvirke og å true prosjektet, og potensiale for samarbeid. Videre kan disse interessentene deles inn i fire grupper:

Type 1: Den støttende interessent

Dette er i følge Savage (1991) den ideelle interessent som støtter aktivt opp rundt prosjektets mål og handlinger. Denne typen interessent har et lite potensiale for å påvirke og true prosjektet, men et stort potensiale for samarbeid.

Type 2: Den marginale interessent

Den marginale interessent kan sies å være verken særlig truende eller samarbeidende. Selv om denne aktøren har en ”aksje” i prosjektet og ledelsens beslutninger, så er den i liten grad opptatt av hva som skjer.

Type 3: Den ikke-støttende interessent

Denne type interessent har et høyt potensiale for å påvirke og true prosjektet, men er samtidig lite samarbeidsvillig. For de som styrer prosjektet eller arbeidet, er dette den kategorien interessenter en helst vil unngå. Savage (1991) peker på media som et eksempel på en slik interessent.

Type 4: Blandet interessent

De interessenter som både har et høyt potensiale for å påvirke målsettingene og samtidig er interessert i samarbeid, er ofte de interessentene prosjektet bør legge sterkest vekt på.

Grunnen til dette er at prosjektet helst bør unngå å miste den støtten interessenten kan gi prosjektet. Eksempler på denne type interessent kan være leverandører, sluttbrukere, oppdragsgiver, etc.

Oppsummering/diskusjon

Narkotikabruk er ulovlig i Norge, og atferden som er knyttet til dette er også ulovlig.

Samtidig vil atferden naturlig nok forekomme, med en høy frekvens. Atferden er kjøp, salg og inntak av narkotika. Dette er atferd som vil fortsette frem til inntak av narkotika opphører.

Klientens bydel vil forsøke å finne ut av hvem som kan løse problemene knyttet til den uønskede atferden. Det finnes flere mulige alternativer. De mest aktuelle tiltak er avrusning, behandling, rehabilitering, kommunale lavterskel botiltak, og egen bolig. Disse tiltakene skal være forskjellige, både i funksjon og struktur. Forskjellen i funksjon er at de fokuserer på ulike områder. Avrusning og behandling fokuserer på opphør av inntak av rusmidler, mens hybelhus og eget bosted ikke stiller krav om rusfrihet. Hybelhusene har blant annet omfattende rusmisbruk som kriterium for inntak. Når klienten står uten bo eller behandlingstilbud, har sosialtjenesten og klienten et problem.

Kortsiktig problemløsning blir ofte aktuelt når sosialtjenesten har et akuttproblem. Det akutte problemet dreier seg om å skaffe botilbud. Sosialtjenestens akutte problem består av misfornøyd klient, tidkrevende akuttarbeid og press fra interessenter. Interessenter her kan være familie og media. En vanlig situasjon er at en klient er skrevet ut fra et tiltak, gjerne rett før helg, og at sosialtjenesten raskt må skaffe et nytt botilbud. Dette kan være en klient som sosialtjenesten lenge har hatt problemer med å skaffe tilpasset botiltak for. Dette fordi det finnes få botilbud for sosialklienter, og særlig for klienter med omfattende problemer. Det kan

også være slik at klienten har ønske om et annet botilbud enn det som er tilgjengelig. Når slike problemer oppstår, ser man ofte at relasjonen mellom klient og bydel blir dårligere enn den var før problemet oppstod. Videre ser man at sosialtjenesten i mange tilfeller må ta raske avgjørelser om at klient må flytte til ikke - optimale bosteder. Dette er en typisk kortsiktig problemløsning.

Hjelpeapparatet for rusmiddelmisbrukere er tenkt å fungere ut fra en trappetrinnmodell eller en kjedemodell (Dyb, 2002). Hvert trappetrinn skal representere et nytt tiltak, som matcher behov og funksjonsnivå hos klient. Det er tenkt at trappetrinnene skal representere oversiktlige mål, og være et forutsigbart system for alle parter. Målsettingen i trappetrinnmodellen er at klienten skal bevege seg oppover i trappen. I kjedemodellen går metoden ut på at klienten skal bevege seg mellom tiltak i en kjede, og at klienten er innenfor det tiltaket som er tilpasset klientens fungering. I trappetrinnmodellen går bevegelsen vertikalt, mens i kjedemodellen er klientens bevegelser horisontalt.

I en kjedemodell vil tiltakene ligge i en kjede, der tiltakene er mer eller mindre knyttet til hverandre. Målsettingen med kjedemodellen er at klienten sendes mellom tiltak, avhengig av fungering og behov (Dyb, 2002)

Etter første møte med henvisende instans(sosialtjenesten), legges det som oftest planer for klienten. To eksempler på dette er:

- 1) Lavterskebolig - rehabilitering - langtidsbehandling - egen leilighet
- 2) Lavterskelbolig - langtidsbehandling - egen leilighet.

Dette gjelder klienter som anses å være i lavterskelgruppa. Selv om det legges planer og et løp mot endring er systemet ofte fleksibelt i forhold til å stokke om på rekkefølgen av tiltak. Det er usikkert om det er slik fordi bydelene tilstreber fleksibilitet, eller om dette er en konsekvens av at klienter faller fra påbegynte tiltak. For noen klienter vil det være avgjørende å legge opp til et fleksibelt løp. For andre klienter vil en slik fleksibilitet kunne være til hinder, ved at fleksibiliteten fører til at klienten oppfatter at det ikke stilles krav til å følge et avtalt løp mot endring.

Trappetrinnsmodellen har fire til fem trinn. Fra nederste trinn, som er herberger og lavterskelhus, skal klientene innom ulike typer tiltak og boformer. I stortingsmelding nr. 50 (1998-99):259), beskrives modellen slik:

”I trappetrinnsmodellen er kvart trappesteg eit ledd i ein progresjon mot eigen bustad som er juridisk regulert, slik at ein kan gå inn med sanksjonar. Trappa kan til dømes ta til med utflytting frå hospits eller anna lågterskeltilbod. Den vidare progresjonen går gjennom ulike trenings- og overgangsbustadar. (...) Utkasting kan som regel skje på dagen. Dersom den bustadslause bryt ein regel eller avtale, eller skaper vanskar, må vedkomande ned eit eller fleire steg i trappa og begynne på nytt.” (Arbeidsdepartementet, 1999). Denne modellen bygger på at bostedsløse, også de som har rus- og psykiske problemer, har det samme behovet for bolig og sosial støtte som alle andre (Dyb 2002). Hovedpoenget med denne modellen er at man setter inn tiltak for å normalisere forholdet mellom samfunnet og klienten. Metodologien er basert på at bostedsløse skal flytte inn i egen, permanent bolig og at hjelp og støtte skal gis i boligen. Man regner også med at ikke alle skal kunne bo uten støtte og oppfølging, men at noen vil ha behov for tjenester i boligen. Tjenestene og hjelpen skal bidra til å normalisere relasjonen mellom individ og samfunn.

Referanser

Axelrod, R & Cohen M.D. (2000). *Harnessing Complexity*. New York: Basic Books.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.

Baum, W.M. (2005). *Understanding Behaviorism; science, behavior and culture*. Blackwell Publishing.

Baum, W.M. (2002). From molecular to molar: a paradigm shift in behavior analysis. *J Exp Anal Behav*. 2002 July; 78(1): 95–116.

Blacken, P., Hendriks, V. m.fl. (1994). European Addiction Severity Index (EuropASI). The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

Blå Kors Hauga. (2012). Stiftelsen Blå Kors Fredrikstad. <http://www.blaakors.no/?CatID=1210>

Bretteville - Jensen, L.A. & Amundsen, J.E.(2006). *Omfang av sprøytemisbruk i Norge*. SIRUS-Rapport 5/2006.

Dyb, E.(2002). Ett trappetrinn opp eller to trinn ned. *Embla* 7(2):24-31

Evensen, S. (2008). Endring i systematferd, seleksjon som endringsmekanisme.

Masteroppgave, Høgskolen i Akershus.

Evjen, R. m.fl. (2004). *Dobbelt opp. Om psykiatriske lidelser og rusmisbruk*.

Oslo: Universitetsforlaget.

Fassin, Y. (2009). The stakeholder model refined. *Journal of Business Ethics*. 84:113-135

Fekjær, H. O. (2004). *Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Freeman, R. E. (1984). *Strategic management: A stakeholder Approach*. Boston: Pitman Publishing.

Folkehelseinstituttet.(2012). Heroin, morfin - fakta om opioidider. Folkehelseinstituttet.

Folkehelseinstituttet.(2012). Amfetamin - fakta om amfetamin og metamfetamin.

Folkehelseinstituttet.

Frelsesarmeen. (2004). Krigsropet nr. 45/2004. Frelsesarmeen.

Hansen, T. , Holm, A. & Østerby, S.(2004). Bostedsløse i Norge 2003 – en kartlegging. Oslo: Norges byggforskningsinstitutt.

Helsedirektoratet. (2011). Antall ventende – Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere. Norsk Pasientregister – Ventelistedata. Helsedirektoratet.

Helse – og Omsorgsdepartementet.(2003). NOU 2003: 4. Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. Helse – og Omsorgsdepartementet.

Hines, J. (1987). *Essays in Behavioral Economic Modeling*. PhD thesis, MIT Sloan School of Management, MA 02142 (upublisert)

Jacobsen, D. I.,Thorsvik, J. (2004). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen; fagbokforlaget.

Johannesen, J.O. (2000). Psykose hva er det? In Øxnevad, A.L., Grønnestad, T. & Arntzen, B. (Eds.), *Familiearbeid ved psykoser*. (20-25). Stiftelsen psykiatrisk opplysning, Stavanger.

Justis – og Beredskapsdepartementet.(2004). NOU 2004: 16. *Vergemål*. Justis – og Beredskapsdepartementet.

Justis - og Beredskapsdepartementet. (2009). *Om lov om vergemål* (vergemålsloven). Ot.prp. nr. 110 (2008-2009)

Karch,B. S.(2007). *Pathology, Toxicogenetics, and Criminalistics of Drug Abuse*. Second edition. CRC Press Inc.

Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259-1264.

Khantzian, E.J. (2003). The self-medication hypothesis revisited: The dually diagnosed patient. *Primary Psychiatry*, 10, 47-48, 53-54.

Lauritzen, G.(2010). *European Addiction Severity Index (EuropASI) i en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling*. SIRUS - Rapport 6/2010. Statens institutt for rusmiddelforskning.

Legemiddelindustriforeningen. (2005). Riktig bruk av legemidler.

Legemiddelindustriforeningen.

Lund, T. m.fl.(2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Unipub.

Marlatt, G.A. (ed.) (1998). *Harm Reduction. Pragmatic Strategies for managing High-Risk behaviours*. New York/London: The Guildford Press.

Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper and Row.

Mysterud, I. (2003). *Mennesket og moderne evolusjonsteori*. Gyldendal Akademisk.

- Phillips, R., Freeman, R.E. (2003). *Stakeholder Theory and Organizational Ethics*. Berrett-Koehler Publishers.
- Padwa, H., Cunningham, J. (2010). *Addiction: A Reference Encyclopedia*. ABC-CLIO, LLC.
- Pierce D.W., Cheney C.D. (2004) *Behavior Analysis and Learning*. Third edition London, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Ritter, A. and Cameron, J. (2005). A systematic review of Harm Reduction. *Drug PolicyModelling Project*. Monograph 06.
- Sahlin, I. & Löfstrand, C. (2001) Utanför bostadsmarknaden – myndigheter som motståndare och medspelare. Att motverka hemlöshet. SOU 2001:95. Statens offentliga utredningar.
- Sandaker, I., & Andersen, B. (2008). Complexity and learning regions: learning regions as complex adaptive systems. In L. Doyle, D. Adams, J. Tibbitt & P. Welsh (Eds.), *Building stronger communities. Connecting research, policy and practice* (pp. 50 - 67). Leicester: NIACE.
- Saugstad, P. (2000). *Psykologiens historie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Savage, G.T., Nix, T.W., Whitehead, C.J. og Blair, J.D. (1991), Strategies for assessing and managing organizational stakeholders. *Academy of Management Executive*, vol. 5, no. 2, s. 61-75.
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner*. New York: Basic Books.
- Senge P, M.(2006). *The Fifth Discipline*. Random house business books.
- Simon, H. (1957) *Models of Man* John Wiley. Presents mathematical models of human behaviour.

Sterman, J. D.(2000). *Business Dynamics; Systems Thinking and Modelling for a Complex World*. McGraw-Hill/Irwin; 1 edition.

Strøm, T.R.(2012). Oslo Universitetsykehus. <http://www.oslo-universitetssykehus.no/pasient/behandlinger/Sider/akuttbehandling%20-%20rus%20og%20avhengighet.aspx>

Sykehuset i Vestfold.(2011). LAR – Legemiddelassistert rehabilitering. <http://www.sykehuset-vestfold.no/omoss/avdelinger/lar-legemiddelassistert-rehabilitering/Sider/enhet.aspx>

Waal, H. m. fl. (2010). Seraf Rapport 1/2010. Senter for rus - og avhengighetsforskning.

Ytrehus, S. & Drøpping, J.A.(2004). Den vanskelige fortsettelsen. En kartlegging av tjenester til tidligere bostedsløse”. Fafo - rapport 465.

Sammendrag

Rusmisbrukere i Oslo er en del av et behandlingssystem. I denne artikkelen vil klientenes bevegelser i dette systemet undersøkes. Undersøkelsen vil finne ut om tiltak produserer det som målsettingene sier at de skal gjøre. Endring av rusinntak og atferd knyttet til dette defineres som produksjon. Behandlingssystemet er sammensatt av ulike tiltak som kan føre til endring. I et systemperspektiv vil det være interessant å se om systemet kan sees som lineært eller komplekst. Systemet denne gruppen er en del av består av forskjellige tiltak med ulik struktur, og ulike funksjoner. Artikkelen tar utgangspunkt i at tiltak selekteres etter de samme prinsipper som naturlig seleksjon. Hvis tiltak produserer det samme fører dette trolig til lavt seleksjonspress, som igjen fører til at tiltak blir mer eller mindre tilfeldig valgt. Evolusjon kan anvendes i forståelsen av atferd både på individuelt og systemnivå. Det er usikkert om identifisering og etablering av drivere er godt utviklet i dette systemet.

Artikkel II

En undersøkelse av klientbevegelser i behandlingssystemet for rusmisbrukere.

Målet med undersøkelsen er å vise hvordan klienter flytter mellom ulike tiltak i en tidsperiode, og sammenholde dette med karakteristika ved de ulike instansene.

Behandlingssystemet for personer med rusproblemer består av forskjellige tiltak med ulikt mandat. I denne sammenhengen er det interessant å undersøke om mandatet samsvarer med den tiltenkte funksjonen.

Antallet aktive sprøytenarkomane i Oslo var i 2007 anslått til 2400-3200 (Bretteville - Jensen & Amundsen, 2006). Dette er klienter som injiserer heroin og amfetamin, de såkalte gatenarkomane, som frekventerer "Plata". Disse har et omfattende rusmisbruk, over mange år. De har som oftest lav utdanning, dårlig økonomi, lite eller ingen kontakt med et rusfritt nettverk, og de har mange somatiske plager og skader. Av disse 2400-3200, er ca 550 personer innom de tre lavsterskelhusene i seksjon skadereduksjon, Oslo Kommune, i løpet av 1 år. Husene har ca 170 plasser. Noen bor på husene i opp til 2-3 år, andre har korte opphold på 1-2 dager. Som man ser av kartleggingen videreformidles klientene til andre tiltak. Noen skriver seg selv ut, mens andre blir skrevet ut på grunn av brudd på husregler.

Hypotesen er at svært få kommer seg videre fra lavterskelhus etter at de har blitt viderefremmet til avrusning eller rehabilitering.

Utgangspunktet for artikkelen er klient og system. Systemet består av forskjellige kommunale og private tiltak, både behandlingstiltak, botiltak, og tiltak med blandede funksjoner. Summen av disse tiltakene er rusfeltet i Oslo. Organisasjonene har ulik interesse og makt til både system og tjenestemottakerne. I denne sammenheng vil det være nyttig å beskrive de interessenter som har makt og interesse i systemet, og de som har makt og interesse i klienten. Det er mange av de samme interessentene rundt systemet og klienten.

Interesse er ikke statisk. Interesse er en beskrivelse av et forhold mellom en aktør og et system. Interessen er direkte eller indirekte knyttet til rusmisbrukere som tjenestemottager i et system. Interessen vil i denne sammenheng kunne forandres, avhengig av hvor i systemet klienten er. Interessen og makten til interessenten vil altså kunne påvirkes av om klienten for eksempel er i behandling eller i egen leilighet. Output, altså det hvert tiltak produserer, vil kunne påvirke interessen.

Det er interessant å se på interessenter, interessenters makt, og fordeling av denne, i forhold til systemer. Det fremstår som naturlig å se på systemer og i hvilken grad de opprettholdes, og fungerer, avhengig av ulike interessenter og deres makt. Systemer er formbare, og aktører i og rundt systemer har ulik makt og interesse i forhold til dette. Interessentene er både i og utenfor systemet. Noen er mer løselig knyttet til systemet, men fortsatt en del av det. Relevante interessenter i denne sammenheng er aktører med direkte tilknytning til systemet. Direkte tilknytning vil være både formell og uformell tilknytning.

Man kan se interesse og makt som relevante størrelser rundt input – og output. Input defineres som inntak, og output defineres som produksjon. Produksjon defineres her som endring av rusbruk og atferd relatert til dette.

Metode

Kartleggingsperioden, altså den tidsperioden klientenes bevegelser er registrert, er 28 måneder. Av utvalget, som er alle klienter på de tre kommunale lavterskelhusene i Oslo, var alle 149 klienter i seksjon skadereduksjon ved kartleggingens start. Kartleggingen viser registrering av start på nytt tiltak. Avslutning av opphold kan være videreformidling til annet tiltak i Rusmiddeletaten, egen leilighet, avrusning, rusbehandling, eller utskrivelse som en konsekvens av brudd på husregler. Tidsrom der det er ukjent hvor klient befinner seg er markert med - ? -spørsmålstegn. Periodene markert med spørsmålstegn kan være lange eller korte. I disse periodene kan personen enten ha bodd hos venner og familie, bodd ute, vært innlagt på sykehus, eller vært i fengsel. Kartleggingen gir ikke informasjon om årsakene til at opphold avsluttes, eller varighet på opphold på hvert sted.

Seksjon skadereduksjon i Oslo Kommune ble på 1990-tallet opprettet for å hindre HIV - smitte mellom rusmisbrukere. Seksjonen har i stor grad vært et omsorgstilbud, og et helsetilbud for rusmisbrukere i Oslo. Seksjonen fyller i dag mange roller. Det er etterhvert kjent at denne gruppen har få tilpassede botilbud og tilbud om helsehjelp. Hvis vi deler opp gruppen i de som primært bruker heroin, de som primært bruker amfetamin, og de som er blandingsmisbrukere, ser man at disse sannsynligvis har behov for forskjellige tilbud. Dette fordi funksjonsnivå, behov for bolig, og behov for helsehjelp sannsynligvis vil være ulikt.

Alle klienter var i seksjon skadereduksjon i tidsrommet 13.04.11 – 25.05.11. Klienten kan ha vært i systemet før oppstart av registrering, men dette er ikke registrert. Kartlegging viser bevegelse mellom seksjon omsorg – og kvinnetiltakene, seksjon skadereduksjon, seksjon rehabilitering, langtidsbehandling(spesialisthelsetjenesten), avrusning, og egen bolig. Rehabilitering er både Oslo Kommunes seksjon rehabilitering og privat rehabilitering. Dette er tiltak som fokuserer på rusmestring og rusreduksjon.

Apparatur

Data ble innhentet fra Rusmiddeletatens journalsystem "Rusdata". Dette er et felles journalsystem for hele seksjon skadereduksjon. Dataene som er tatt er start på ulike tiltak i behandlingsfeltet (vedlegg 1). Journalsystemet viser alle registreringer av start på tiltak (inntak) i seksjon skadereduksjon, og de gir informasjon om start på tiltak utenfor seksjonen. Registreringen er gjort i Microsoft Excel.

Prosedyre

Dataene ble innhentet i en tidsperiode på 6 uker, og omhandler en periode på 28 måneder (01.01.09 – 13.04.11). I denne perioden var det flere ut – og innflyttinger. Nye innflyttinger etter datainnsamlingens start er ikke tatt med i undersøkelsen. Journaler for alle klienter er studert, og bevegelsen mellom tiltak er registrert. Dataene er ikke knyttet til klientnavn, og kan derfor ikke spores til personer.

Resultater

104 av 149 har ikke vært annet sted enn på lavterskelhus etter første registrering. De kan ha flyttet mellom lavterskelhus, eller vært på det samme huset i perioden. Av disse har 30 klienter vært på lavterskelhus siden januar 2009.

Av de resterende som har vært videreformidlet til annet tiltak, har alle 45 klienter på et eller annet tidspunkt kommet tilbake til lavterskelhusene. Disse har vært innlagt til avrusning, vært på ulike behandlingstiltak, vært i andre seksjoner i Rusmiddeletaten, og hatt opphold i egen leilighet.

Kategori 1 er lavterskeltiltak. Disse defineres som såkalte skadereduserende tiltak. Disse tiltakene har som målsetting å øke beboernes livskvalitet og å hjelpe brukere i aktiv rus til større grad av egenomsorg og reduksjon av skader som følge av rusmisbruk. (Seksjon skadereduksjon, Oslo Kommune, 2012)

Kategori 2 er avrusning. Avrusning defineres som innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Avrusning blir brukt enten som et ledd i en langsiktig plan om å avslutte et stoffmisbruk, eller som en «pause» fra stoffmisbruk.

Kategori 3 er rehabilitering. Rehabilitering defineres her som tiltak, enten private eller kommunale, som har målsettingen: «Rehabiliteringsinstitusjonene skal bidra til reduksjon eller opphør av avhengighet av rusmidler gjennom miljø- gruppe og individuell påvirkning» (Seksjon rehabilitering, Oslo Kommune, 2012).

Kategori 4 er behandlingstiltak. Behandling defineres her som behandling med mål om opphør av stoffmisbruk. Behandling kan være langtidsbehandling i institusjon, eller poliklinisk korttidsbehandling.

Kategori 5 er tiltak i seksjon omsorg og kvinnetiltakene i Rusmiddeletaten, Oslo Kommune. Seksjon omsorg hjelper brukere med helsesvikt som følge av rusavhengighet til økt egenomsorg og mestring av dagliglivets aktiviteter (Seksjon omsorg og kvinnetiltakene, Oslo Kommune, 2012). Tiltak i denne seksjonen har mange av de samme karakteristika som tiltak i seksjon skadereduksjon.

Kategori 6 er egen bolig. Dette er enten kommunal bolig, formidlet gjennom bydelen, eller ordinær leilighet fra det private boligmarkedet.

Klientenes totale antall bevegelser etter førstegangsregistrering fra registreringsperiodens start er 239. En bevegelse er definert som starten på et nytt tiltak.

Fordelingen av bevegelser er:

Seksjon skadereduksjon i Rusmiddeletaten eller private lavterskeltiltak:168

Avrusning(sosial avrusning eller i forkant av rusbehandling):44

Seksjon rehabilitering i Rusmiddeletaten eller private rehabiliteringstiltak:13

Rusbehandling i spesialisthelsetjenesten:6

Seksjon omsorg – og kvinnetiltak i Rusmiddeletaten: 6

Egen bolig:2

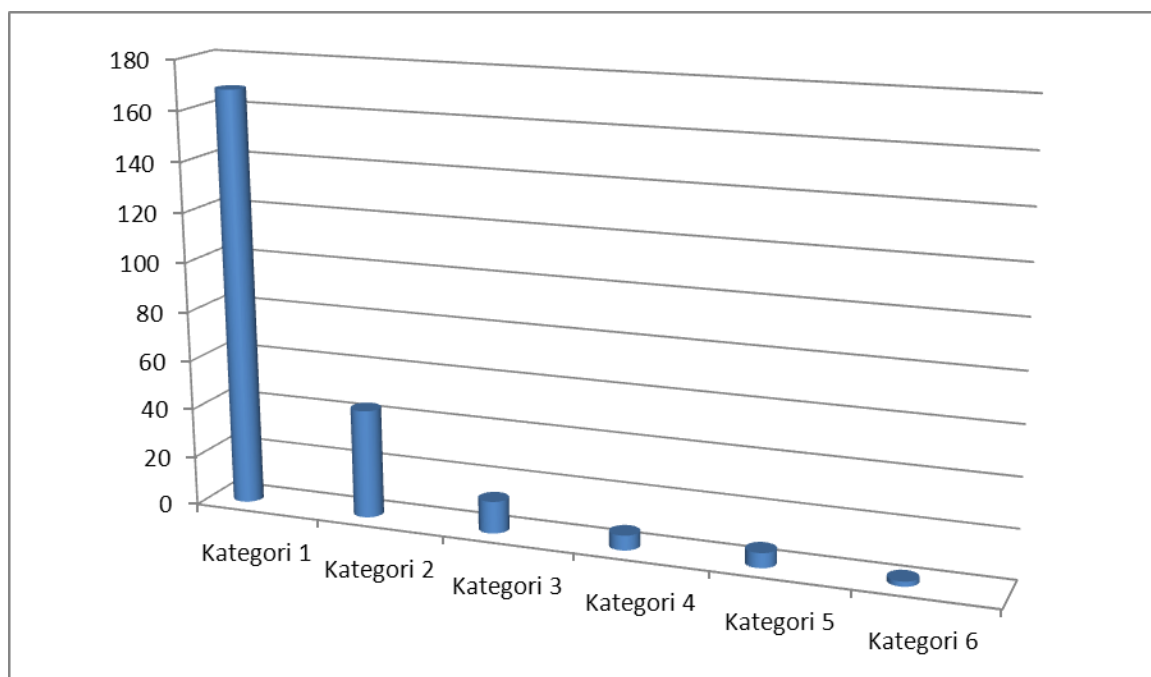


Fig.1. Illustrasjonen viser fordelingen av oppstart av tiltak for klientene.

Undersøkelsen viser at en svært stor del av de som videreformidles kommer tilbake til seksjonen. Direkte årsaker til dette er at klientens forrige tiltak avsluttes. Årsaker til dette er ufrivillig eller frivillig utskrivelse. Årsaker til dette igjen kan være ønske om å fortsette å innta rusmidler, brudd på regler, eller at klienten ikke møter de krav som settes. Det er likevel slik at resultatene må tolkes med varsomhet, og det trengs mer forskning på dette feltet.

Effekt av tiltak

I naturvitenskapen er man i forskningsspørsmål interessert årsakssammenhenger og årsaksforklaringer. Videre ses årsakssammenhenger i naturvitenskapen som predikerbare, og lineære i tid og rom (Ringdal, 2007). Predikerbare betyr at de antas å opptre igjen under lignende betingelser (Ringdal, 2007). Det som kan se ut som årsakssammenhenger kan være korrelasjon. Korrelasjon betyr statistisk sammenheng mellom to variabler (Ringdal, 2007).

Korrelasjoner kan gi grunnlag for å fremsette årsakshypoteser, men en kan ikke slutte fra korrelasjon til årsaksforklaring (Ringdal, 2007). Et eksempel på korrelasjon vil være forholdet mellom utdanning og helse (Kverndokk, 2006). Hvis X er avhengig variabel og Y er uavhengig variabel, vil disse ha positiv eller negativ korrelasjon (Ringdal, 2007). Positiv korrelasjon betyr at høye verdier på X går sammen med høye verdier på Y, og negativ korrelasjon viser at høye verdier på X går sammen med lave verdier på Y (Ringdal, 2007). Likevel kan det ikke slutes at høy utdanning gir god helse, eller at god helse gir høy utdanning (Kverndokk, 2007). Årsakssammenhenger kan påvises når uavhengig og avhengig variabel er isolert, og når det samtidig kan bevises at uavhengig variabel påvirker avhengig variabel (Ringdal, 2007). En trussel mot årsaksforklaringer er såkalte tredjevariabler. En tredjevariabel kan forstås som en relevant variabel som vi ikke har med i vår undersøkelse (Ringdal, 2007). Dette er altså en variabel som er årsak til at avhengig variabel endres, og/eller at korrelasjon mellom to variabler tolkes som et årsaksforhold. Andre forhold enn de man observerer kan påvirke en prosess.

Et viktig begrep når det gjelder årsaksforklaringer er kontroll. I et naturlig miljø vil det være umulig å ha full kontroll på hvilke variabler som er årsak til at avhengig variabel endres (Lund m.fl., 2002). Det er nødvendigheten av kontroll for alternative årsaksfaktorer som kjennetegner kausal forskning til forskjell fra beskrivende forskning, og som igjen innebærer at det generelt sett settes strengere krav til design ved kausal forskning (Lund m.fl., 2002).

De fleste vestlige land driver ulike former for psykososiale hjelpe- og behandlingsinnsatser rettet mot personer med problemfylt bruk av rusmidler. Betegnelsen psykososial behandling av rusmiddelbrukere spenner fra enkle støttesamtaler ved et poliklinisk tiltak til omfattende psykoterapeutiske intervensjoner i langtidsbehandling. Det er også svært vanskelig å klassifisere og systematisere de psykososiale intervensjonene/metodene som brukes i norske behandlingstiltak. Dette har i stor grad sammenheng med at det varierer om og i hvilken grad

de ulike behandlingstiltakene gjør rede for hva som er det spesifikke i behandlingen som tilbys. Mange av behandlingstiltakene presenterer behandlingsmetodene i svært generelle vendinger (SBU, 2001). Det er da vanskelig å definere og kvantifisere hva behandlingsintervensjonen består i, hvor store mengder behandling som gis, hvor intensiv den er, og hvor lenge behandlingen gis eller pågår (SBU, 2001).

Rusbehandlingsfeltet er i forandring, fra å fokusere på personlige erfaringer og subjektive vitnesbyrd, til en objektiv og evidensbasert tilnærming (Sorensen m.fl., 2009). Evidensbasert behandling defineres her som forskningsbasert behandling som har blitt testet, og funnet effektiv som behandling til et gitt individ, en populasjon, eller et problemområde (Sorensen m.fl., 2009). Drake med flere (2001) definerer evidensbaserte metoder som intervensjoner som viser vitenskapelig bevis på at de fører til ønsket endring eller utfall hos klient (Drake m.fl., 2001). Eksempler på evidensbaserte behandlingsmetoder er kognitiv atferdsterapi, motiverende intervju, tilbakefallsforebygging, og læringsbasert rusbehandling (Sorensen m.fl., 2009). Det er likevel slik at det er et stort sprik mellom utviklingen av evidensbaserte metoder og anvendelsen av dem (Lamb, Greenlick & McCarty, 1998). Lamb, Greenlick og McCarty (1998) fant at det i rusbehandling i gjennomsnitt tok 17 år mellom utvikling av metoder og anvendelse av disse (Lamb, Greenlick & McCarty, 1998). Holth (2008) peker også på at det er et stort tidsspenn mellom utvikling og anvendelse av behandlingsmetoder (Holth, 2008).

Utvikling av nye metoder kan også ses som innovasjoner (Rogers, 1995). I følge Rogers (1995) blir innovasjoner forstått og anvendt avhengig av om de er observerbare, komplekse, forenlige med tidligere praksis, og om de er utprøvbare (Rogers, 1995). Observerbarheten er knyttet til om en metode er synlig. Metoder som er synlige for en selv og andre vil raskere tas i bruk enn de som er vanskelig å observere (Rogers, 1995). Komplekse innovasjoner kan oppfattes som vanskelige å forstå, og disse spre seg langsommere enn lett forståelige metoder

(Rogers, 1995). Med forenlighet menes det om nye metoder harmonerer med tidligere praksis, og utprøvbarehet betyr i hvilken grad en metode kan testes på et lite utvalg (Rogers, 1995).

Muligheten for å prøve ut metoden vil i følge Rogers (1995) føre til at den tas i bruk raskere enn innovasjoner som ikke kan prøves ut på et avgrenset område.

Frekvens av valg av tiltak sier noe om at de som velger tiltaket er fornøyd med tiltaket. Det sier ikke nødvendigvis noe om effekt på klientens endring. Hvis effekt skal måles, må funksjonsnivået på de områder som ønskes endret måles ved inntak. Dette vil da danne baseline. Baseline er det målet på funksjonsnivå eller på frekvens av atferd før tiltak.

Baselinebetingelser bør også identifiseres. Baselinebetingelser er altså de forhold målingen foretas under. Etter en bestemt tid vil det gjøres en ny måling. Resultat av andre måling vil da vise om det har vært en endring. Dette er et enkelt pretest – posttest design (Lund m.fl., 2002).

Det vil fortsatt være usikkerhet om hva som har ført til eventuell endring. Felles for de tiltakene som oppgaven omhandler, er at isolering av avhengig og uavhengig variabel ikke er mulig. Tiltakene har trolig heller ikke mål om å isolere avhengig og uavhengig variabel.

Denne standarden er kun mulig å oppnå i laboratorium. Selv i særdeles godt konstruerte behandlingssituasjoner, vil det være nærmest umulig å utelukke tredjevariablers påvirkning.

Ved å måle klientens funksjonsnivå ved inntak, vil man ha kunnskap om funksjonsnivå ved inntak. Etter en gitt tid vil man kunne gjøre en ny måling. Da vil det være mulig å se om det har skjedd en endring. Selv om det ikke er mulig å påvise årsaksforklaringer, vil man kunne vite om det har skjedd en endring i dette bestemte miljøet. Hvis man igjen kan vise til flere lignende endringer på samme sted, vil dette kunne gi indikasjon på at det å være på dette stedet ser ut til å ha en effekt. Det vil her være en korrelasjon mellom å være i tiltaket, og endring. Effekten kan være ønsket, uønsket eller fraværende.

Når det gjelder seleksjon av tiltak, er det effekt eller fornøydhet som ligger til grunn for hva som selekteres? Igjen så blir det mer nærliggende å bruke konsekvens i stedet for effekt. Konsekvensene er tilgjengelige for bydelen, som selekterer tiltaket. Konsekvensen er igjen et resultat av alle variable som er virksomme når en beboer er i et tiltak. Bydelens fornøydhet er en oppfatning som kan korrelere med effekt, eller ikke korrelere med effekt. Effekt og fornøydhet er altså ikke gjensidig avhengige størrelser.

Diskusjon

Funnene viser at mange blir boende i botiltakene i seksjon skadereduksjon. Årsakene kan være rusmisbruket hos klienten, det kan være systemiske årsaker eller det kan være en kombinasjon av disse.

I undersøkelsen vil det være viktig at særlig begrepsvaliditeten er god. Med begrepsvaliditet i forbindelse med utvalg menes det i hvilken grad et utvalg er statistisk representativt for den populasjonen man vil si noe om (Skog, 2005). I denne undersøkelsen er utvalget stort i forhold til populasjonen. Av hensyn til representativiteten, vil det være hensiktsmessig å definere populasjonen som det antallet klienter som er innskrevet i seksjon skadereduksjon i løpet av et år. Antallet er ca 550. Alle de kartlagte klientene var i seksjonen ved start og slutt av kartleggingen. Det er mulig å hevde at de kartlagte klientene ikke er representative, i forhold til om klienter kommer seg videre fra seksjon skadereduksjon. Dette fordi de i utgangspunktet var i seksjon skadereduksjon da kartleggingen startet. Samtidig er antallet kartlagte beboere så høyt, at de utgjør en stor andel av rusmisbrukere som har vært i seksjon skadereduksjon i Oslo i den aktuelle tidsperioden.

Det er potensielt svært mange årsaker til at noen blir rusfrie, på samme måte som det er svært mange årsaker til at noen ikke blir rusfrie. I oversiktsartikkelen "Utvikling og opprettholdelse av rusmisbruk" (Johansen, 2011) pekes det på flere områder som påvirker endring og opprettholdelse. Det er store individuelle forskjeller i utviklingen av rusmiddelavhengighet, noe som bl.a. har sammenheng med individuell sårbarhet, sosial integrasjon og type rusmiddel (Johansen, 2010). I tillegg er det mange andre faktorer som bidrar: psykiske og sosiale vansker, negativt selvbilde og/eller stressituasjoner. For en del rusmidler (særlig alkohol og opiater) er etter hvert reduksjon av abstinensplagene en viktig opprettholdende faktor (Johansen, 2010).

Peter Senge (2006) peker på sammenhengen mellom kvalitet og salg (Senge, 2006). De relevante elementene her er kvalitet, produkt, og salg. En positiv årsakssammenheng vil være godt produkt – god omtale – godt salg (snowballing) (Senge, 2006). Omvendt er dårlig produkt – dårlig omtale – dårlig salg (Senge, 2006). Dette er eksempler på feedback. Her vil det være slik at utgangspunktet er et godt eller dårlig produkt, som fører til god eller dårlig omtale, som igjen fører til godt eller dårlig salg. Tanken er da at gode tiltak selekteres.

Hvordan man definerer godt tiltak vil være avgjørende for forståelsen av en slik modell. Et tiltaks kvalitet kan defineres ut fra aktiviteter, eller resultater. I et seleksjonsperspektiv vil kvalitet være forbundet med resultater. Det er en virksomhets produksjon av resultater som selekteres. For å kunne identifisere drivere for positiv endring for klient og system, må vi analysere omgivelsene. Atferden er et produkt av omgivelsene, og disse må identifiseres.

Lavterskelhusene er et botilbud for aktive rusmisbrukere. Det er ikke krav om rusfrihet på disse husene. Fagarbeidet på husene er sosialfaglig arbeid. Med sosialfaglig arbeid menes det arbeid som utøves av barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (Løvstadskolen, 2012). Typisk miljøterapeutisk arbeid ved husene er videreformidling, deltagelse i ansvarsgruppemøter, kartlegginger, og samtaler med klienter.

Bydelen ønsker som oftest at noen kartlegger klientene. En kartlegging har som målsetting å gi et svar på hva slags funksjonsnivå klienten har. Videre vil det iverksettes eventuelle tiltak basert på kartlegging.

Det vil ofte kunne være en fare for at det trekkes feilaktige slutninger, når to fenomener korrelerer. Hvis det trekkes feilaktige slutninger, og man bygger videre på disse, vil dette kunne prege tjenesteytingen negativt. Et mulig problem relatert til kartlegging er at det er en fare for at bydelen slår seg til ro med situasjonen fordi man kartlegger. Altså forestillingen om at aktiviteten kartlegging gir tilstrekkelig kunnskap. Dette vil igjen kunne medføre at hjelpeapparatet blir ineffektivt, og at klienten blir henvist til feil tiltak. Men man kan også se at henvisning til feil tiltak kan føre til positiv endring, i og med at det kan være andre forhold enn tiltaket som fører til endring. Årsaken til dette kan være gode relasjoner mellom behandler og klient, eller det kan være ytre omstendigheter som fører til endring. Dette siste kan være et eksempel på den såkalte Hawthorne - effekten (Skog, 2005). Med Hawthorne - effekten menes de effekter på endring av atferd som kommer av andre forhold enn selve intervensjonen (Skog, 2005; Ringdal, 2009). Oppmerksomhet og omsorg fra tillitspersoner kan være eksempler på dette.

Mange av tiltakene er relativt like, og den faglige tilnærmingen er sosialfaglig. Det kan fremstå som vagt hva dette sosialfaglige arbeidet består av, både for ansatte og klienter. Hvis det er slik at det jobbes sosialfaglig relativt likt på flere steder, kombinert med ulike krav til klientene, vil dette kunne bestemme hvor klientene ønsker å bo.

Den aktuelle situasjonen er også preget av at det er boligmangel for denne gruppen, og at hver sosialkonsulent har svært mange klienter. Det er også mulig at arbeidet med denne typen klienter preges av mange avbrutte bo - og behandlingsopplegg, og at bydelens arbeid blir noe "halvhjertet", fordi man i større eller mindre grad venter på at opplegg avsluttes. Dette tas

med videre i arbeidet med klienten, som igjen fører til mistillit mellom beboer og bydel. Dette kan føre til at samarbeidet kommer inn i en ond sirkel, som igjen kan være vanskelig å bryte.

Når det gjelder tiltakene i skadereduksjon, rehabilitering, og deler av langtidsbehandlingstilbud – kan de oppfattes som relativt like. Mye av problemet ligger i tiltakenes like funksjon. Strukturen (formen) på tiltakene er forskjellig, men det ser ut som om de produserer mye av det samme. Mange tiltak som settes i verk innenfor rusfeltet kan være vanskelig å beskrive i detalj, eksempelvis når det gjelder behandling (SBU, 2001). Dette skyldes både at det ofte er vanskelig å definere og kvantifisere hva behandlingsintervensjonen består i, hvor store mengder behandling som gis, hvor intensiv den er og hvor lenge behandlingen gis eller pågår (SBU, 2001, Helse – og Omsorgsdepartementet, 2003).

Trappetrinn og kjedemodell har det samme prinsipp. Det fokuseres på bevegelse mellom tiltak, og at kartlegging skal ligge til grunn for henvisning til nytt tiltak. Implisitt ligger det at tiltakene er forskjellige, både i forhold til struktur og funksjon. Henvissende instans legger stor vekt på den informasjon og kunnskap den har om beboer og tiltak. Likevel er man ofte begrenset optimistisk i forhold til om flytting til nytt tiltak vil ha en ønsket effekt. Ofte ser man at klienter kommer tilbake til utgangspunktet (som oftest er dette lavterskeltiltak), for så å starte prosessen igjen. Noen ganger ser man at klienter blir i lavterskeltiltak over flere år, mens andre ganger ser man at de videreformidles raskt, og at de ikke kommer tilbake til lavterskeltiltak. To klienter kan også ha det samme utgangspunktet, ut fra kartlegging, men helt ulike løp i systemet. Det kan her se ut som om det er andre faktorer enn de vi har kontroll på, som er virksomme på endring.

Kritikken mot trappetrinnsmodellen handler blant annet om at den kan ha en demoraliserende effekt. Mange vil aldri nå toppen av trappen, men i stedet bevege seg nedover eller i ring (Dyb, 2002). I denne modellen fokuserer hjelpeapparatet på at personen først skal ta tak i

misbruksproblemet og sin psykiske sykdom, før vedkommende er kvalifisert til å klatre opp til neste bonivå. For mange av de personer som har misbrukt rusmidler i flere år, vil det å avstå fra rusmidler, for å få egen bolig, være svært vanskelig. ”En av konklusjonene er at det i realiteten ikke finnes et annet tilbud enn herberger for en ganske stor gruppe bostedsløse, fordi de ikke klarer å oppfylle kriteriene for å bevege seg *oppover* i boligtrappen” (Dyb, 2002).

Ideen om trappetrinnmodellen ser ut til å være inspirert av to modeller, behandlingssfæren og skolen (Dyb, 2002) Skolen er lagt opp slik at det forventes at elevene akkumulerer kunnskap, fra trinn til trinn, mot eksamen.

Den viktigste interessenten, ved siden av beboer, er sosialtjenesten i beboers bydel. Dette er den interessenten som også har mest makt. Makt og interesse trenger ikke å være proporsjonale hos interessenten. Interessen til sosialtjenesten kan deles opp i to hoveddeler :

- 1) Ønske om et bedre liv/endring for klient
- 2) Problemløsning

Punkt 2 dreier seg om at klient ofte representerer et ”problem” for sosialtjenesten. Problemet kan være av ulik størrelse, men denne typen klienter krever ofte mye tid og innsats fra bydelen. Bydelen har ofte vanskeligheter med å finne egnet botilbud og/eller behandlingstilbud, og klienten blir ofte skrevet ut av tiltak. Noen ganger må bydelen nøye seg med mindre gode boalternativer.

Utfordringene rundt problemløsning kan videre deles opp i kortsiktig og langsiktig problemløsning. Den kortsiktige problemløsningen dreier seg om at sosialtjenesten har et akutt problem. Det akutte problemet dreier seg om å skaffe botilbud. Problemet består av misfornøyd klient, tidkrevende akuttarbeid, og press fra interessenter. Det kan være at klient

er skrevet ut fra et tiltak, gjerne rett før helg, og at sosialtjenesten raskt må skaffe et nytt botilbud. Dette kan være en klient som det er vanskelig å skaffe botiltak til fordi det finnes få botilbud for sosialklienter, og særlig for denne gruppen. Det kan også være slik at klienten har ønske om annet botilbud enn det som er tilgjengelig. Når slike problemer oppstår, ser man ofte at relasjonen mellom klient og bydel blir dårligere enn den var før problemet oppstod. Videre ser man at bydelen i mange tilfeller må ta raske avgjørelser om at klienten må flytte til ikke-optimale bosteder. Dette er en typisk kortsiktig problemløsning, og ofte ser man at problemet blir forskjøvet.

Det er også en fare for at bydelene holder seg til faste løsninger for gruppen. Det kan være flere mulige årsaker til dette. En årsak er at bydelene har en forventning om et bestemt funksjonsnivå hos klient, bydelen forventer at klienten skal gjøre det klienten har gjort tidligere. Denne fungeringen består typisk av rusatferd som preges av lite ønske om forandring, dårlig oppfølging av avtaler, lite kontakt med de ulike delene av hjelpeapparatet, isolasjon, dårlig fysisk og psykisk helse, og episoder med uønsket atferd som på et eller annet tidspunkt fører til utskrivelse. Dette kan igjen føre til at bydelen gjør valg som preges av lav risiko, som igjen fører til liten eller ingen endring. Det vil da være et spørsmål om bydelen skal ta initiativ til forsøk på endring, eller om bydelen skal vente på at klienten skal ta dette initiativet.

Langsiktig problemløsning dreier seg om å løse klientens problem på den ene siden, og de problemene som klienten representerer på den andre. Langsiktighet kan bidra til at klienten får et bedre liv, og at sjansen for at klienten representerer et problem blir mindre.

Mange akutte løsninger kan bidra til at relasjonen mellom bydelen og klienten blir dårlig. Akutte løsninger er for å løse akutte klientproblemer, og fører sjelden til varig endring. Hvis bydelen til stadighet får akutte klientproblemer, blir det nødvendig med akutte løsninger.

Akutte løsninger fører ofte til nye akutte løsninger, og man får en selvforsterkende effekt i negativ retning (Sterman, 2000). Et av målene med langsiktige løsninger er å bryte ut av den selvforsterkende negative spiralen som det er å velge kortsiktige løsninger. Problemløsningen bør derfor være langsiktig. Dette er ikke omstridt, men man ser det sjelden praktisert.

I og med at rusmisbrukere ofte viser uønsket atferd, vil bydelen sikre seg mot konsekvensene av dette ved å søke trygge og billige strategier. Slike strategier innebærer en lavere risiko for økonomisk tap og tidsbruk. Samtidig fører disse strategiene til høy risiko for liten eller ingen endring. Implisitt i trappetrinnmodellen ligger det at gjennom kvalifisering skal klient godkjennes til neste trinn i trappen. I denne modellen ligger det en retrettmulighet.

Retrettmuligheten representeres ved at man i trappetrinnmodellen alltid kan bli på sitt trappetrinn, og at man også kan gå et trinn ned (Dyb, 2002). Dette vil kunne være en retrettmulighet for bydelen, hvis man av ulike årsaker ikke vil satse på at klienten virkelig kan bli boende på det neste trinnet. Samtidig kan det være slik at mennesker uten fast bopel av ulike årsaker bør fortsette sin boform, såfremt det ikke er skadelig for dem selv eller andre.

Normalitetsmodellen (Dyb 2002) innebærer en annen tilnærming. I denne modellen ligger det et mål om å bosette mennesker med problemer, uavhengig av disse problemene. Ved bruk av denne modellen, vil bydelen skaffe de ressurser som skal til for at klient blir boende i boligen. Denne hjelpen kan være oppfølging i ulik grad og styrke. Implisitt ligger det her en individ – og situasjonstilpasset tilnærming, i og med at de som er ansvarlige for bosettingen gjør det som må gjøres for at målet om at klienten skal bli boende skal bli nådd.

Når det gjelder å bosette denne gruppen i egne boliger, vet man mye om hva som kan gå galt, og dermed velte prosjektet. Avbrutte tiltak vil her ses på som tilbakefall (Marlatt & Gordon, 1985). Suksessfaktorer for vellykket bosetting vil være god planlegging, gode avtaler, ressurser til oppfølging, individuelt tilpasset oppfølging, og fleksibilitet. Dette er eksempler

på elementer i evidensbaserte metoder, som vil kunne redusere tilbakefall (McGuire, 1995, Marlatt & Gordon, 1985). Dette er særlig viktig fordi tidligere atferd er den beste prediktor for fremtidig atferd (Ajzen, 1991).

Flere i denne gruppen har komorbide lidelser (Gråwe & Ruud, 2006; Volkow, 2001; Padwa & Cunningham, 2010; Self & Staley, 2010). I denne sammenhengen vil det si en misbruks - eller avhengighetsdiagnose, i tillegg til en eller flere psykiatriske eller somatiske diagnoser (Helsedirektoratet, 2012). Self & Staley (2010) peker på biologiske faktorer som medvirkende til rusmisbruk (Self & Staley, 2010). Videre beskriver de rusavhengighet som en kronisk lidelse preget av alvorlige motivasjonsforstyrrelser og tap av kontroll av egen atferd, som igjen er personlig ødeleggende (Self & Staley, 2010).

Når det gjelder forekomst av samtidige ruslidelser og alvorlig psykisk lidelse, såkalt Dobbeldiagnose, finnes det ingen nasjonale tall på dette. Upubliserte tall fra seksjon skadereduksjon, Oslo Kommune, viste at mellom 15-20 % av alle klienter på de tre hybelhusene i seksjon skadereduksjon i løpet av et år viste symptomer på alvorlig psykisk lidelse. Kilden til dette tallmaterialet var egenrapportering, observasjon, og tidligere gitte diagnoser.

Alvorlig psykisk lidelse defineres som 1) schizofreni og schizofrenilignende tilstander, (2) alvorlig affektiv lidelse (bipolar lidelse og alvorlig depresjon), (3) alvorlig angstlidelse, (4) cluster A-personlighetsforstyrrelse (paranoid, schizoid og schizotyp) (Landheim m. fl., 2002). Resultatene fra en større amerikansk studie, viste at sjansen for å utvikle rusmisbruk i befolkningen generelt var 17 % sammenlignet med 48 % og 56 % for personer med henholdsvis schizofreni og bipolar lidelse (Regier, D. A. m.fl., 1990). Landheim med flere, viste i en studie at 90% av pasienter i rusbehandling viste symptomer på alvorlige angstlidelser, affektive stemningslidelser, depressive lidelser og alvorlige personlighetsforstyrrelser (Landheim m.fl., 2002).

Det er grunn til å tro at klienter i denne gruppen ofte blir møtt med forventninger som ikke harmonerer med deres funksjonsnivå. Vergemålsloven sier at en person normalt blir myndig og kan bestemme over sine interesser og sitt liv fra vedkommende fyller 18 år. Ikke alle har forutsetninger for å gjøre dette selv. Av ulike årsaker kan noen tape sin kapasitet til å utøve kontroll over eget liv. I praksis vil reglene her særlig gjelde eldre personer som rammes av aldersdemens, personer som utvikler Alzheimers sykdom og personer med psykiske lidelser, utviklingshemming eller rusproblemer (Om lov om vergemål (vergemålsloven) Ot.prp. nr. 110 (2008-2009) Justis - og Beredskapsdepartementet). Det er uklart om det er diagnose eller funksjonsnivå som utløser rett til verge. Verge kan også ses på som ønskelig eller uønskelig, avhengig av hvem man spør, eller hvem det gjelder. Videre sier loven at gruppen voksne aktive vergetrengende er personer som fungerer i samfunnet, men som i ulik grad, større eller mindre deler av livet, trenger hjelp til forvaltning av midler. Disse anses som hjelpetrengende i forhold til sikring av personlige interesser. Dette kan være psykisk utviklingshemmede, mennesker med ulike psykiske lidelser, rusavhengige, spilleavhengige, eller mennesker med ulike former for demens. Personene i disse gruppene har til felles at de handler i strid med deres egne personlige og økonomiske interesser. De skiller seg fra de passive vergetrengende, som på grunn av funksjonsnivå og diagnose ikke har de samme forutsetningene for et aktivt virke. Aktive vergetrengende kan gjennom sine handlinger raskt sette sin personlige økonomi i fare (Om lov om vergemål (vergemålsloven) Ot.prp. nr. 110 (2008-2009) Justis - og Beredskapsdepartementet). Det kan diskuteres om klienter denne artikkelen omhandler passer inn i gruppen "aktive, voksne vergetrengende", og om de "..fungerer ute i samfunnet.." (Om lov om vergemål (vergemålsloven) Ot.prp. nr. 110 (2008-2009) Justis - og Beredskapsdepartementet).

Umyndiggjøring er et krav for at noen skal få rett på verge. I vilkår for å bli satt under vergemål (umyndiggjøring) heter det: "Det må være årsakssammenheng mellom

vedkommendes tilstand, eller rusmisbruk, og hans eller hennes manglende evne til å ta vare på seg selv eller sitt gods, for at umyndiggjørelse kan skje.”(Justis – og Beredskapsdepartementet, Vergemål. NOU 2004: 16., 2004). Det må altså påvises en årsakssammenheng mellom rusmisbruk og lavt funksjonsnivå. Nasjonale tall på antall umyndiggjorte viser en sterk nedgang. I 1988 var det i Norge ca 6000 personer som var umyndiggjort, i 2004 var det 537 personer (Justis – og Beredskapsdepartementet, Vergemål. NOU 2004: 16., 2004). Årsaken til denne sterke nedgangen er ikke kjent.

Det er fortsatt mulig å tenke seg at når utredning av funksjonsnivå fører til en form for umyndiggjøring, vil dette kunne utløse rettigheter som kan gi et godt grunnlag for å starte en prosess mot ønsket endring. I og med at klienter i denne gruppen ofte har et svært lavt funksjonsnivå, samtidig som de sjelden er umyndiggjort, kan det argumenteres for at de oppfattes som et mer komplisert problem for bydelene, enn det ikke-rusmisbrukende klienter med samme lave funksjonsnivå.

Tvang brukes relativt sjelden for disse personene. Tvang er ansett som et stort inngrep i en persons liv. I dag brukes tvang for det meste på svært unge rusmisbrukere eller gravide. Det er også slik at når det gjelder vurdering av hvem som skal tvangsbehandles, er det store forskjeller mellom bydeler (Lundeberg og Mjåland, 2009). Rapporten ”Grenser for tvang” (2009) sier:

”det er store variasjoner mellom både ulike kontor og ulike saksbehandlere i anvendelsen av tvangslovgivningen, og at det er et problem at rivalisering mellom forvaltningsnivåer og yrkesgrupper setter grenser for tvang og fører til at tvangslovgivningen praktiseres ulikt både mellom ulike bydeler, byer, kommuner og helseregioner”(Lundeberg og Mjåland, 2009).

Et problem er at bruk av narkotika ofte øker etter inntak i seksjon skadereduksjon.

Observasjon og egenrapportering viser at dette skjer. Årsakene kan være:

- 1) Høy grad av eksponering for stoff
- 2) Sterkt sosialt press om inntak av stoff

En høy grad av eksponering for rusmidler og rusatferd vil trolig påvirke klienters inntak av stoff. Det finnes ingen gode studier på sammenhengen mellom andres rusmiddelinntak og eget rusmiddelinntak. Likevel vet man at sosialt press utøvd fra majoriteten av klientene på husene vil kunne påvirke individers inntak av rusmidler (Brown, 2000). Muligens ville stoffmisbruket vært lavere, hvis klient ikke hadde kommet til seksjon skadereduksjon for kartlegging. Dette viser hvilke uheldige konsekvenser inntak på lavterskelhus kan ha.

Resultatene fra undersøkelsen peker mot at tiltak selekteres på bakgrunn av hva de produserer. Det ser også ut som om mange av tiltakene produserer mye av det samme. Det kan også se ut som om tiltakene i systemet i bør fokusere på å avdekke barrierer for endring og identifisere positive drivere for endring, på system – og individnivå.

Referanser

Arbeidsdepartementet.(1999). *Stortingsmelding nr. 50 (1998-99) Utjammingsmeldinga. Om fordeling av inntekt og levevilkår i Noreg.*

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Baum, W.M. (2005). *Understanding Behaviorism; science, behavior and culture.* Blackwell Publishing.

Bretteville - Jensen, L.A. & Amundsen, J.E.(2006). *Omfang av sprøytemisbruk i Norge.* SIRUS-Rapport 5/2006.

Brown, R. (2000). *Group processes.* Blackwell Publishers.

Drake , R. E., Goldman, H. H. , Leef , S., Lehman, A. F. , Dixon , L., Mueser , K. T. , et al. (2001). Implementing evidenced-based practices in routine mental health service settings . *Psychiatric Service* , 52 , 179– 182 .

Dyb, E.(2002). Ett trappetrinn opp eller to trinn ned. *Embla* 7(2):24-31

Gråwe, R.W., Ruud, T. (2006). Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. Sintef Helse.

Helse – og Omsorgsdepartementet.(2003). NOU 2003: 4. Forskning på rusmiddelfeltet.

En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak. Helse – og Omsorgsdepartementet.

Holth, P.(2008). Læringsbasert rusbehandling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 45, Nummer 10. side 1276-1284.

Johansen, J.A. (2010). Utvikling - og opprettholdelse av rusmiddelavhengighet. *Mot Rusgift* nr 3-4/2010.

Justis - og Beredskapsdepartementet. (2009). Om lov om vergemål (vergemålsloven) Ot.prp. nr. 110 (2008-2009)

Kverndokk, S.(2006). *Sammenhengen mellom inntekt, inntektsulikhet og helse*. Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo. HERO 2006.

Lamb , S., Greenlick , M., & McCarty, D. (red.). (1998) . *Bridging the gap: Forging new partnerships in community-based drug abuse treatment* . Washington, DC. National Academy Press.

Landheim A.S., Bakken K., Vaglum P. (2002)Sammensatte problemer og separate systemer. *Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren*. Norsk Epidemiologi.

Lund, T. m.fl.(2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Unipub.

Lundeberg, I.R., Mjåland, K.(2009). *Grenser for tvang*. Røkkansenteret rapport 4 2009.

McGuire, J. (1995). WHAT WORKS. Reducing Reoffending. Toronto, Wiley & Sons Ltd.

Marlatt , G. A. , & Gordon , J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* . New York : Guilford .

Padwa, H., Cunningham, J. (2010). *Addiction: A Reference Encyclopedia*. ABC-CLIO, LLC.

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, D. Z., Keith, S. J.,Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from

the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Journal of American Medical Association*, 264, 2511–2518.

Ringdal, K.(2007). *Enhet og Mangfold*. Fagbokforlaget.

Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of Innovations* (4th ed.). New York: Free Press.

SBU.(2001). Behandling av alkohol- og narkotikaproblem. *Statens beredning för medicinsk utvärdering*, Stockholm.

Seksjon Omsorg og Kvinnetiltakene. (2012). Velferdsetaten. Oslo Kommune.

http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/rusomsorg/tjenestetilbudet/omsorg_og_kvinnetil_takene

Seksjon Rehabilitering.(2012). Velferdsetaten. Oslo Kommune.

<http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/rusomsorg/tjenestetilbudet/rehabilitering/>

Seksjon Skadereduksjon.(2012). Velferdsetaten. Oslo Kommune.

<http://www.velferdsetaten.oslo.kommune.no/rusomsorg/tjenestetilbudet/skadereduksjon/>

Self, W.D., Staley, K.J. (ed.) (2010). *Behavioral Neuroscience of Drug Addiction*. Springer; Heidelberg Dordrecht London New York.

Senge P, M.(2006). *The Fifth Discipline*. Random house business books.

Skog, O.J. (2005). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Gyldendal Akademisk.

Sterman, J. D. (2000). *Business Dynamics; Systems Thinking and Modelling for a Complex World*. McGraw-Hill/Irwin; 1 edition.

Volkow, N.D. (2001). Drug Abuse and Mental Illness: Progress in Understanding Comorbidity. *Am J Psychiatry* 2001;158:1181-1183.

