



Oslo kommune
Rusmiddelstaten
Kompetansesenteret

FELTPLEIEN I OSLO

en undersøkelse om
brukertilfredshet

SIRI STRØMSMO
Rusmiddelstatens kompetansesenter
Oslo 2002



FORORD

Denne rapporten omhandler en intervjuundersøkelse om brukertilfredshet ved Feltpleien i Oslo. Feltpleien er et særskilt helsetilbud for rusmiddelavhengige, organisert ved Rusmiddeletaten, Oslo kommune. Kompetansesenteret ble i 2001 forespurt av Rusmiddeletaten om å foreta en undersøkelse/evaluering av Feltpleien, og undertegnede ble engasjert til å gjennomføre undersøkelsen. Intervjuene ble gjennomført fra medio august til og med oktober 2001. Jeg vil takke de som var villige til å stille opp til intervju og feltsykepleierne som bidro til å rekruttere brukere av Feltpleien til undersøkelsen. Jeg vil også takke de som stilte lokaler til rådighet for intervjuerne, og da spesielt Frelsesarmeen i Urtegata, Dalsbergstien Hus og Prosjenteret.

Referansegruppa bestående av Stian Biong, Knut Reinås og Liv Heidi Bjerkmo ved Rusmiddeletaten har bidratt til utarbeidelsen av spørreskjemaet.

Undersøkelsen ble gjennomført i forbindelse med mitt masterstudium ved universitetet i Tromsø. Randi Ervik ved Rusmiddeletatens kompetansesenter, Oslo og Dag Hofoss ved Helsetjenesteforskningen, Akershus universitetssykehus har vært veiledere. Uten deres kompetanse og utholdenhet hadde denne rapporten neppe blitt ferdigstilt. Takk også til Kompetansesenteret og Feltpleien ved Rusmiddeletaten som stilte midler til rådighet for gjennomføring av undersøkelsen.

Jeg håper undersøkelsen kan være et nyttig bidrag i diskusjonene omkring helsetilbudet til rusmiddelavhengige i Oslo.

Oslo, desember 2002

Siri Strømsmo

INNHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|--|-----------|
| SAMMENDRAG | 4 |
| 1 INTRODUKSJON | 5 |
| 1.1 BAKGRUNN FOR RAPPORTEN | 5 |
| 1.2 BAKGRUNN FOR OPPRETTELSEN AV FELTPLEIEN | 5 |
| 1.3 PROBLEMSTILLING..... | 7 |
| 2 FELTPLEIENS BAKGRUNN, MÅLGRUPPE, HOVEDMÅLSETTING OG OPPGAVER | 8 |
| 2.1 BESKRIVELSE AV DE ENKELTE FELTPLEIESTASJONENE | 8 |
| 2.2 FELTPLEIENS TJENESTER..... | 10 |
| 3 DATAINNSAMLINGEN | 11 |
| 3.1. DESIGN..... | 11 |
| 3.1.2 MÅLPOPULASJON | 11 |
| 3.1.3 STEDER VI OPPSØKTE FOR Å INTERVJUE PASIENTENE | 11 |
| 3.1.3 UTVALGETS STØRRELSE | 13 |
| 3.1.4 INKLUDERINGSKRITERIER OG REKRUTTERINGSMETODER | 13 |
| 3.1.5 HVEM ER DET SOM IKKE HAR LATT SEG INTERVJUE?..... | 15 |
| 3.1.7 UTVALGETS REPRESENTATIVITET OG EVENTUELLE UTVALGSSKJEVHETER..... | 16 |
| 4 HVA KJENNETEGNER BRUKERNE I MATERIALET | 17 |
| 4.1 SOSIODEMOGRAFISKE FORHOLD I MATERIALET..... | 17 |
| 4.2 RUSMIDDELBRUK OG KJØNN - OG ALDERSSAMMENSETNING | 18 |
| 4.3 SELVRAPPORTERTE INJEKSJONER, OVERDOSER OG FOREBYGGENDE STRATEGIER..... | 21 |
| 4.4 SELVRAPPORTERT SYKDOMSBILDE AV BRUKERNE..... | 23 |
| 5 TILFREDSHET MED FELTPLEIEN | 27 |
| 5.1 DISKUSJON AV RESULTATENE..... | 28 |
| 6 TILFREDSHET MED FLETPLEIEN – HVA ANNET KAN DET HANDLE OM | 32 |
| 7 BETRAKTNINGER OM FELTPLEIEN | 36 |
| EN AV HOVEDOPPGAVENE OG HOVEDMÅLSETTINGENE TIL FELTPLEIEN ER Å KANALISERE RUSMIDDELBRUKERE OG LETTE TILGANGEN TIL DET EKSISTERENDE HJELPEAPPARATET..... | 36 |
| TABELL 13..... | 36 |
| 8 KONKLUSJON | 38 |
| REFERANSER | 39 |
| APPENDIX | 41 |
| 1 STATISTISK METODE OG FRAMGANGSMÅTE TIL ANALYSEN | 41 |
| 2 VALIDITET | 42 |
| 5 VARIABLENE | 43 |
| TABELL OVERSIKT OVER VARIABLENE SOM ER MED I ANALYSEN..... | 47 |
| VEDLEGG | 49 |
| SPØRRESKJEMA | 49 |

SAMMENDRAG

Rusomsorgen på alle nivåer er og vil framover være i mediabildet og på den politiske dagsorden. En av grunnene til dette er at Norge er det landet i Europa som har flest overdosedødsfall pr. innbygger. Det har vært vanskelig å kartlegge årsakene til dette. Man antar at noe av forklaringen ligger i at helsetilstanden til tunge rusmiddelbrukere er svært dårlig. Mange mener at de ikke klarer å nyttiggjøre seg det almene helsetilbudet. På bakgrunn av blant annet disse faktorene ble det opprettet et lavterskel helsetilbud til rusmiddelbrukere, som ble kalt Feltpleien. Feltpleien skulle blant annet prøve å bidra til færre overdosedødsfall.

Denne undersøkelsen kartlegger hva som gjør at pasientene er fornøyd med Feltpleien. Jeg ser dette i lys av helsetilbud som legevakta og fastlegeordningen.

Undersøkelsen er basert på intervjuer med 201 rusmiddelbrukere, som har vært eller er pasienter ved Feltpleien. Resultatene viser at de har dårlig helse. Mange er uten fast bopel og bor hovedsakelig på hospits og hybelhus. Mange er avhengig av heroin og er sprøytebrukere. Respondentene kan klart betegnes som *tunge* rusmiddelbrukere.

Videre viser mine resultater at det som gjør pasientene mest fornøyd med Feltpleien er at de opplever å bli møtt på en fin måte av helsepersonellet og at de erfarer at personellet på Feltpleien tar seg nok tid til å prate med dem. Foruten dette er pasientene fornøyd med at Feltpleien er tilgjengelig og at de får hjelp til sårbehandling.

1 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn for rapporten

Det er mange problemstillinger innenfor rusfeltet som er lite utforsket. Det er flere grunner til dette. Rusmiddelbrukere skifter ofte bostedsadresse. Det er vanskelig å få dem til å overholde avtaler fordi de glemmer avtaler eller fordi noe viktigere dukker opp, som handler om rusmidler. De dør eller sitter i fengsel eller er på institusjon. I denne undersøkelsen har jeg ønsket å bidra til at vi kanskje får en litt bedre forståelse for hva som kjennetegner de tyngste rusmiddelbrukerne i Oslo og få en bedre innsikt i forhold til deres helsestatus og hvilke forhold de har til ulike helsetjenester. Videre tok jeg sikte på å kartlegge brukertilfredshet i forhold til Feltpleien. Jeg ser noe av dette i lys av legevakta og den nyopprettede fastlegeordningen .

1.2 Bakgrunn for opprettelsen av Feltpleien

På bakgrunn av den store økningen av overdosedødsfall på 1990 – tallet utarbeidet Rusmiddeletaten i Oslo kommune på oppdrag fra Byrådsavdeling for eldre og bydelene i april 1998 en rapport om hvordan en kan møte overdoseproblematikken på kort og lang sikt i Oslo. Rapporten pekte på at det er en utvikling mot et stadig dårligere helsetilbud blant rusmiddelbrukere i Oslo. En av anbefalingene fra rapporten var å opprette et lavterskel helsetilbud, som gjennom sin arbeidsform og lokalisering skulle nå fram til målgruppen.

I februar 1999 opprettet Rusmiddeletaten et prosjektorganisert lavterskel helsetilbud for rusmiddelbrukere. Tiltaket fikk navnet Feltpleien. Fem Feltpleiestasjoner ble opprettet i fem ulike bo- og omsorgstilbud for rusmiddelbrukere. Bakgrunnen for valg av steder var et ønske om å nå målgruppen der de bor eller oppholder seg.

Det kom både positive og negative innvendinger til opprettelsen av Feltpleien. Det var flere negative enn positive innvendinger. Feltpleien opplevdes som et kontroversielt tiltak

fordi det utfordret grunnleggende prinsipper om behandling av pasienten og at det ikke skal opprettes særomsorger. Primærhelsetjenesten skal være et tilbud som skal være tilstrekkelig til å ta hånd om alle. Dette gjenspeiles i reaksjonene: "Feltpleien er en særomsorg - og bryter dermed med viktige prinsipper for rusomsorgen. Feltpleien ansvarliggjør ikke klientene. Feltpleien kan ikke gjøre noe som det eksisterende apparatet ikke gjør allerede. Navnet Feltpleien; Felt assosieres med krig og noe militært og pleie gir assosiasjoner til klienten som passiv mottaker av hjelp, det gir feil signaler. Feltpleietiltaket er så dårlig at det er uverdige å tilby rusmiddelmissbrukere det. Feltpleien er plassert på feile steder". (1)

De positive reaksjonene har det samme utgangspunktet, men med positive fortegn:

"Denne gruppa trenger særomsorg. Ingen orker å ta seg av dem, de er så krevende. "Gi dem et verdig liv!". "Feltpleien møter et klart behov i rusmiddelmissbrukergruppa". "Arbeidsmåten og konseptet er helt riktig for denne målgruppa".

Westin (2) tar opp spørsmålet om behovet for særomsorg. Han sier at fastlegeordningen skal sikre alle en navngitt lege. Det er bra. Han sier videre at det også kan bli en sovepute for politikere, som kan tro at dette alene løser problemene. Westin stiller spørsmålet: Hva slags helsetjenester trenger vi som supplement til fastlegeordningen? Det finnes åpenbart grupper av pasienter som har større og mer krevende behov enn det den faste legen alene kan dekke.

Særlig gjelder dette såkalte "utsatte grupper". I fastlegekommunen Tromsø har man for eksempel etablert et sosialmedisinsk senter, som er et tilbud til utsatte grupper og som kommer i tillegg til fastlegeordningen.

Sundin (3), tilsynslege ved Feltpleien, skriver at det er helt innlysende at stoffmisbrukere må ha en særomsorg etter at Feltpleien har eksistert i nærmere 2 år. Han nevner mange grunner til at de ikke passer inn i det allerede eksisterende hjelpetilbudet. "Stoffmisbrukere klarer ikke å holde avtaler, de klarer ikke å søke hjelp, de skremmer andre på venterommet, de har ikke penger, behandlingen er tidkrevende og kontroll med dem over tid en umulighet. Fastlegeordningen vil ikke løse disse problemene".

Videre skriver Sundin at stoffmisbrukere ikke passer inn på vanlige sykehusavdelinger. De får ikke nødvendig smertelindring og behandling av abstinens. Stoffmisbrukere opplever at de blir behandlet svært dårlig av det offentlige og på grunn av disse utfordringene må stoffmisbrukerne møtes på deres egne premisser og der de oppholder seg. Feltpleien finnes der misbrukerne er og har sykepleiere som har bygd opp tillit og spisskompetanse for denne gruppa. Sundin avslutter sin artikkel med å skrive;

”Alt i alt er det nesten ikke noe annet enn prinsippet om likhet som tilsier at stoffmisbrukere skal motta det samme tilbud som befolkningen ellers. Både det somatiske sykdomspanoramaet de presenterer, manglende samarbeidsevne og til dels alvorlige psykiske tilstander gjør at gruppen må behandles av en tjeneste spesialtilpasset deres behov, med godt kvalifiserte medarbeidere”.

Med Westin og Sundin som grunnlag ønsker jeg å belyse hvilke faktorer som forklarer at pasientene er fornøyd med Feltpleien. De variablene som forklarer variansen i tilfredshet med Feltpleien kan eventuelt si noe om hvorfor det almene helsetjenestetilbudet ikke er tilstrekkelig for tunge rusmiddelbrukere i Oslo eller eventuelt si noe om hvordan det almene helsetilbudet bør tilrettelegges for å kunne dekke behovet til tunge rusmiddelbrukere.

1.3 Problemstilling

”Pasientene av Feltpleien bruker denne tjenesten framfor ordinert helsetilbud på grunn av at tjenesten er tilgjengelig (kort vei), har kort ventetid, og at pasientene opplever at de blir møtt med respekt”.

2 FELTPLEIENS BAKGRUNN, MÅLGRUPPE, HOVEDMÅLSETTING OG OPPGAVER

Målgruppe

- Rusmiddelbrukere som ikke, eller som i liten grad klarer å nyttiggjøre seg det etablerte hjelpeapparatet

Hovedmålsetting

- Redusere antall overdoser og overdosedødsfall
- Bedre helsesituasjonen til brukerne ved å gi direkte helsehjelp og lette tilgangen til eksisterende hjelpeapparat
- Bedre livskvaliteten til den enkelte
- Øke omsorgsevnen til brukerne

Oppgaver

- Gi helsetilbud og helseinformasjon til rusmiddelmisbrukere
- Kartlegge helseproblemer og behov for helsehjelp
- Gi enkel behandling
- Kanalisere rusmiddelmisbrukere inn i det etablerte helse - og omsorgsapparatet
- Drive smitteforebyggende arbeid

2.1 Beskrivelse av de enkelte Feltpleiestasjonene

Feltpleien avd. Dalsbergstien Hus

Dalsbergstien Hus eies og drives av Oslo kommune. Dalsbergstien Hus gir et midlertidig botilbud til 50 mannlige og kvinnelige rusmiddelbrukere. De fleste beboerne er injiserende rusmiddelbrukere.

Feltpleien har åpent alle hverdager. Bemanningen består av 1.5 avdelingssykepleier. Stasjonen har legetilsyn en dag pr. uke, 3 ½ time.

Feltpleien avd. Urtegata

Urtegata er et kontaktsenter drevet av Frelsesarmeen. Senteret er åpent hverdager fra kl. 0900 - 1300 og har ca. 150 besøkende hver dag. Det er mange faste besøkende. Senteret tilbyr gratis matservering, og det gis tilbud om klesvask, dusj, utdeling av klær samt at besøkende kan hvile i et eget rom. Senteret har sin egen sosialkonsulent. Feltpleien har åpent hver dag og har legetilsyn 7 timer fordelt på to dager i uka. Det er ansatt to avdelingssykepleiere.

Feltpleien avd. Pro-senteret

Pro-senteret er drevet av Oslo kommune og Staten. Det er et landsdekkende kompetansesenter innenfor prostitusjon. Feltpleien på Pro-senteret er knyttet til en varmestue, som har lav terskel og er et skadereduserende tiltak for kvinner i prostitusjon og prostitusjon og rus. På varmestua kan besøkende få hvile, spise, vaske seg, vaske klær, få nye klær og sko, få matpakke, gratis kondomer og glidekrem, sprøyteutstyr, helsepleie, sosial omgang med andre, snakke med miljøarbeidere og sykepleier, og en gang i uka få tilsyn av lege. Feltpleien er altså integrert i driften på varmestua ved at sykepleier både har funksjon som sykepleier og miljøarbeider, men også ved at Feltpleiens ansatte oppholder seg i fellesrommene og deltar i hverdagslivets gjøremål og samtaler når de ikke er opptatt med pasienter. Feltpleien er åpen alle hverdager. Stasjonen er bemannet med en avdelingssykepleier og har legetilsyn 3,5 timer en gang i uka.

Feltpleien avd. Natthjemmet

Natthjemmet drives av Kirkens Bymisjon og er et akutt overnattingstilbud for 10 kvinner med prostitusjonserfaring. Åpent alle ukedager fra kl. 2200 - 1000. Feltpleien ved Natthjemmet er bemannet med en avdelingssykepleier i 40% stilling.

Feltpleien avd. Marcus Thranes Hus

Marcus Thranes Hus eies og drives av Oslo kommune og er et akutt og midlertidig botilbud til bostedsløse rusmiddelbrukere over 18 år. Det er hovedsakelig injiserende rusmiddelbrukere som bor her. Feltpleiestasjonen har åpent tre dager i uka og er bemannet med en avdelingssykepleier. Legetilsyn 3.5 timer en dag i uka. I intervjuperioden har denne stasjonen kun vært åpen den dagen det har vært legetilsyn fordi avdelingssykepleier hadde studiepermisjon.

2.2 Feltpleiens tjenester

Feltpleien tilbyr følgende tjenester:

Sårstell, som er den mest omfattende kategorien av Feltpleiens tjenester. Det dreier seg vesentlig om sår som oppstår i forbindelse med injisering, men også brannsår og kuttsår med mer. En enkelt pasient kan ha flere titalls sår og abscesser. Behandlingen er tidkrevende og krever ofte at pasienten kommet tilbake for skift flere ganger.

Helseundersøkelse, som foretas på bakgrunn av pasientens egne meldinger om symptomer og plager. Undersøkelsen tar ikke sikte på å diagnostisere, men å finne mest mulig ut om helsetilstanden og vurdere behov for å søke legehjelp.

Annen helsehjelp, dette omhandler hovedsakelig om hepatitt - og influensavaksinering. Det kan også være hjelp til personlig hygiene, som dusjing.

Helseinformasjon, dette dreier seg om informasjon vedrørende overdoser, riktig sprøytebruk og smitteforebygging.

Videreformidling - til andre helsetjenester , rusomsorg og sosialtjenesten. Feltpleien skal være en sluse til det eksisterende hjelpeapparatet. Pasientene må ofte motiveres over tid før de oppsøker hjelpeapparatet. Dette arbeidet kan være meget tidkrevende fordi det ofte innebærer at feltsykepleier følger pasienten til en eller flere av disse tjenestene.

Tilsynslege skriver ut resepter på ulike typer medikamenter. Legen skriver ikke ut resepter på medikamenter som pasientene kan ruse seg på.

3 DATAINNSAMLINGEN

3.1. Design

Undersøkelsen bygger på en tverrsnittsstudie som strakk seg fra 18.08 til 27.10.01. Jeg registrerte en rekke ulike kjennetegn ved rusmiddelbrukere i den hensikt å studere variasjon og samvariasjon på kun ett tidspunkt.

Data ble innhentet ved å intervju rusmiddelbrukere som har brukt Feltpleien siden oppstart i februar 1999.

Det ble brukt standardisert spørreskjema med standardiserte svaralternativer.

Tre kriminologer og undertegnede gjennomførte intervjuene.

3.1.2 Målpopulasjon

Populasjonen som ble undersøkt er rusmiddelbrukere som er eller har vært brukere av Feltpleien i Oslo siden oppstart i februar 1999. De som er inkludert er de som oppsøkte Feltpleien og de som bodde eller oppholdt seg i lokalene der Feltpleien er stasjonert i undersøkelsesperioden. I tillegg måtte vi oppsøke mange andre steder for å finne brukere av Feltpleien, se nedenfor.

3.1.3 Steder vi oppsøkte for å intervju pasientene

Før vi startet opp med intervjuene vurderte vi det slik at vi ville nå flest brukere av Feltpleien ved å være der stasjonene er lokalisert. Det gikk veldig greit de første to-tre ukene, deretter begynte ”jakten på informanter”. Vi opplevde at det var flere av stasjonene som hadde ”et fast klientell”, som var der nesten daglig. Dette er kanskje en selvfølge på bostedene, selv om mange beboere bare bor der i korte perioder. Noen beboere har imidlertid atskillig lengre botid..

I tillegg til at vi oppholdt oss lenge på de ulike Feltpleiestasjonene oppsøkte vi følgende steder for å rekruttere flere brukere av Feltpleien.

Bjørnerud rehabiliteringssenter, Oslo Kommune.

Brobekkveien hybelhus, Oslo kommune, Bydel Bjerke.

Fagerborg bo - og omsorgssenter, Frelsesarmeen.

Haugenstua rehabiliteringssenter, Oslo kommune.

Heimen bo - og treningscenter, Frelsesarmeen.

Hovin rehabilitering og omsorgssenter. Oslo kommune, Bydel Helsfyr Sinsen

KROKUS, avdeling Bryn, Oslo kommune.

Lassonløkken rehabiliteringssenter, Oslo kommune.

Møtestedet, Tollbugata. Kafe, Kirkens Bymisjon.

Sagene rehabiliteringssenter, Oslo kommune.

Skøyen hybelhus, Oslo kommune, Bydel Ullern.

Sofistic Hotell, privatdrevet.

I tillegg til disse stedene oppsøkte vi Ami Hotell, Ansgar Hotell og Rom pensjonat, alle privatdrevet, men lyktes ikke å få tak i beboere som sa de hadde benyttet seg av Feltpleien. Ved Bergensgata, Kirkens Bymisjon Oslo og St. Olavs gate hybelhus, privatdrevet, fikk vi ikke tillatelse til å intervju beboerne. Disse stedene som vi har vært innom gir ulike tilbud til rusmiddelbrukere. De gir tilbud til både menn og kvinner fra 18 år og oppover.

Etter ni ukers intens leting etter brukere av Feltpleien avsluttet vi intervjuperioden. Da hadde vi intervjuet 201 brukere. Målet var i utgangspunktet minimum 250 brukere.

Jeg ble etter hvert informert om at de 2300 registrerte brukerne av Feltpleien kan være *dobbeltregistrert*, eventuelt *trippelregistrert* ved de ulike Feltpleiestasjonene. Det viser seg at man blir registrert som 1. gangsbruker på hver enkelt Feltpleiestasjon. Det er uvisst hvor mange av pasientene dette er aktuelt for. Dette kan forklare hvorfor vi bare fant 201 brukere.

3.1.3 Utvalgets størrelse

De som bekreftet at de hadde brukt Feltpleien var stort sett positive til å la seg intervju. Det var 45 personer, som svarte bekræftende på at de hadde brukt Feltpleien, men som ikke ønsket å la seg intervju. Problemet var imidlertid ikke at det var mange som ikke lot seg intervju - problemet var å finne brukerne. I utgangspunktet tenkte vi at det ville være enkelt å finne brukerne i og med at Feltpleien har svært mange konsultasjoner. Etter ni uker i feltet kan det synes som om det må være en mindre gruppe mennesker som oppsøker Feltpleien ofte og som står for mange av konsultasjonene. Videre har vi inntrykk av at det er en del brukere som kun har brukt Feltpleien en gang som ikke ønsker å la seg intervju.

Brukere med såkalte dobbeldiagnoser (psykiske syke og med rusmiddelproblemer), kan være vanskelig å fange opp. Vi oppholdt oss ganske lenge på hvert sted og opplevde at det var flere brukere som først hadde sagt nei, men som, etter at vi ble mer kjent i miljøet, ønsket å la seg intervju.

Ytterligere forklaringer på hvorfor vi opplevde at det var vanskelig å nå brukerne kan være at de ikke har behov for Feltpleien lenger og derfor ikke oppsøker de stedene vi har forsøkt å rekruttere fra. De kan være døde, sitte i fengsel, være i behandlingssinstitusjon eller har sluttet å ruse seg. Mange rusmiddelbrukere er mobile eller hjemmehørende i andre fylker (i mitt datamateriale er det 15% som svarer at de ikke er folkeregistrert i Oslo) og oppholder seg midlertidig i hovedstaden. Disse forklaringene som jeg nevner her er vanskelig å få bekreftet. I og med at vi har oppsøkt de fleste kjente tilholdssteder der aktive rusmiddelbrukere i Oslo oppholder seg (se 3.1.2), kan det likevel være at disse forklaringene er relevante.

3.1.4 Inkluderingskriterier og rekrutteringsmetoder

For å bli inkludert i undersøkelsen måtte informantene bekrefte at han/hun hadde brukt Feltpleien minst en gang siden oppstart i februar 1999.

Ved Feltpleiestasjonene spurte vi alle som henvendte seg til Feltpleien om de ville la seg intervju. Ut over dette henvendte vi oss personlig til de aller fleste brukerne av disse stedene der Feltpleien holder til, med forespørsel om de ville la seg intervju. I begynnelsen var vi konsekvente på at vi skulle spørre alle, selv om de så meget ruset ut. Vi opplevde ofte at de som var mest ruset, svarte at de ikke var i form til å la seg intervju, men kunne la seg intervju senere eller en annen dag. Vi ble til dels overrasket over den selvinnsikt de viste i forhold til deres tilsynelatende sterke rusnivå. Vi intervjuere hadde på forhånd snakket om at det kunne bli vanskelig å intervju personer i aktiv rus fordi de kunne ha inntatt store mengder rusmidler. Dette ble sjeldent et problem. Vi var heller overrasket over at folk virket lite ruspåvirket. De aller fleste av informantene svarte adekvat på spørsmålene som ble stilt i intervjuet.

Vi brukte mye tid på å verve informanter. I det følgende beskriver en av intervjuerne hvordan hun måtte ta tiden til hjelp for å rekruttere informanter.

Intervjuer som var plassert på Prosjenteret beskriver intervjurollen og tidsbruken slik:

”I løpet av den tiden jeg var på varmestua gikk mye av tiden med til å bare sitte der, noe som ga meg god tid til å observere Feltpleiens rolle i miljøet. Damene var ikke av de aller letteste å rekruttere til intervju. Kanskje ikke så merkelig. I løpet av den tiden jeg var der, i 5-6 uker, hang det fire andre forespørsler om å få intervju dem i forhold til dette eller hint. De oppleves som profesjonelle informanter. Dette ble ytterligere bekreftet da jeg spurte om de hadde vært med på Feltpleieundersøkelsen på de andre Feltpleiestasjonene: Da kom en ”liste” med ulike undersøkelser de hadde tatt del i. Men nettopp av denne grunn opplevde jeg at det var viktig å sitte i miljøet for å bli godkjent og på den måten få brukerne til å la seg intervju.

Noen var så dårlige når jeg spurte at spørsmålet om vi kunne ta det en annen dag var oppriktig ment. Min daglige tilstedeværelse bidro nok også til at jeg til tider syntes det var vanskelig å spørre om deltagelse til intervju. Folk satt til vent til Feltpleien, satt på varmestua sammen med de andre. Noen ganger stoppet det bare helt opp, og jeg følte meg som en selger som maste det samme produktet på de samme folkene. Det var ikke bare jeg som observerte ”de andre”, jeg ble også observert av dem. Blant annet var mange av dem

opptatt av progresjonen på intervjuingen. ”Hvor mange har du fått?” og ”har du fått noen i dag?” var spørsmål som til stadighet dukket opp. Noen av dem som allerede hadde vært med på intervju, fungerte godt som rekruttører. De henviste til andre om å stille opp og fortalte at det ikke var vanskelige spørsmål, samt at det å delta på denne brukerundersøkelsen var det minste de kunne gjøre for Feltpleien, som var et så godt tilbud til dem. (Astrid Renland, intervjuer).

På noen av stasjonene fikk vi også hjelp av feltsykepleierne til å rekruttere informanter. Sykepleieren har ofte en relasjon til brukeren, slik at dette var en fin måte å nå brukerne på. Vi var klar over at denne måten å rekruttere informanter på kunne innebære en seleksjonsskjevhet, ved at sykepleierne ubevisst ville henvende seg til kjente brukere som de hadde et godt forhold til. Likevel tror jeg at denne måten å inkludere informanter på ikke representerer en seleksjonsskjevhet på grunn av at vi forholdt oss til flere og svært ulike rekrutteringsmetoder. Vi har ikke hatt noen form for randomisering – tilfeldig utvelgelse, men mener at den måten vi har rekruttert informanter på ikke innebærer noen trussel mot at utvalget ikke skal være tilfeldig. Jeg vil senere i dette kapitlet diskutere hvilke skjevheter i utvalget våre inkluderings – og rekrutteringsmetoder kan medføre.

3.1.5 Hvem er det som ikke har latt seg intervju?

Spørsmålet i denne sammenhengen er om de 45 personer som ikke har latt seg intervjuer er forskjellig fra de som har latt seg intervjuer. Det er vanskelig å si om det er et selektert utvalg som ikke lot seg intervjuer. Vi som intervjuet opplevde at flere av dem som ikke ønsket å la seg intervjuer hadde blitt intervjuet i mange andre sammenhenger. De svarte at de var lei av å svare på spørsmål. Mange av brukerne av Feltpleien er mennesker som har vært i hjelpeapparatet mange år. De har gått inn og ut av avrusingsstasjoner og behandlingsinstitusjoner. I disse sammenhengene har de blitt spurt og vært pliktig til å svare på mange skjemaer og spørsmål. Dersom denne gruppen mennesker skal få økonomisk eller annen type hjelp, må de ofte svare på mange spørsmål. Det er forståelig dersom de ikke ønsker å svare på flere spørsmål. Slik sett kan det være at denne gruppen

er underrepresentert i mitt utvalg på grunn av at de har sett seg lei på "alle" som vil stille dem spørsmål. Dersom dette er tilfellet, kan det være at de som er/har vært flittige brukere av hjelpeapparatet er underrepresentert i mitt utvalg. Se for øvrig avsnitt 3.1.7.

3.1.7 Utvalgets representativitet og eventuelle utvalgsskjevheter

Da ingen kjenner totalpopulasjonen av tunge rusmiddelbrukere i Oslo, eller hele gruppen som bruker Feltpleien, er det heller ikke mulig å si hvorvidt de som inngår i materialet utgjør et representativt utvalg. Bretteville-Jensen og Ødegård anslår at det er mellom 9.000 og 12.000 intravenøse misbrukere i Norge (29). De som oppsøkte Feltpleien ofte i den perioden vi intervjuet, hadde større sjanse til å bli intervjuet enn de som ikke oppsøkte Feltpleien i denne perioden. Samtidig har de som er uten fast bopel større sjanse til å bli med i undersøkelsen enn de med fast bopel i og med at Feltpleien er lokalisert på steder der mange uten fast bopel bor eller oppsøker. I tillegg oppsøkte vi mange andre botilbud og omsorgsinstitusjoner der det bor mange uten fast bopel. Likevel er det rimeligvis dette utvalget vi ønsker å si noe om. Tendensen er at det er dette utvalget som faktisk er representativt for brukerne av Feltpleien. Rusmiddelbrukere som klarer å eie eller leie et bosted nyttiggjør seg kanskje mer av det ordinære hjelpeapparatet. De har muligens kapasitet og egenomsorg som gjør at de klarer seg uten et tilbud som Feltpleien. Det er naturlig at de som er i dårligst form ikke lar seg intervjuet. Slik sett er det kanskje en skjevhet i utvalget at det er de friskeste og best fungerende som lot seg intervjuet, mens de som har et stort hjelpebehov og har behov for mange helsetjenester er underrepresentert. Denne gruppen er således målgruppen til Feltpleien ved at de har vært rusmiddelmisbrukere lenge og må antas å ha mange fysiske problemer som følge av rusmiddelbruk. Med henblikk på de innsamlede dataene kan det virke som om denne gruppen ikke er underrepresentert. Mange av de som har latt seg intervjuet rapporterer om svært dårlig helse. Likevel kan det tenkes at det er en gruppe rusmiddelbrukere som vi ikke har klart å nå fordi de er enda mer slitne og utstøtte enn de vi har klart å nå.

4 HVA KJENNETEGNER BRUKERNE I MATERIALET

4.1 Sosiodemografiske forhold i materialet

Tabell 1. (forts. neste side)

Sosidemografiske variabler

| Sosiodemografiske kategorier | |
|--|-------------|
| Gjennomsnittsalder til pasientene | 39 år |
| Ikke fullført 9 årig grunnskole | 17 % |
| Fullført 9 årig grunnskole | 83 % |
| Total | 100% |
| Ikke utdanning utover 9 årig grunnskole | 54% |
| Videregående skole | 16 % |
| Faglig yrkesutdanning | 27 % |
| Høyere utdanning (høysk./univ.) | 3 % |
| Total | 100% |
| Mottar sosialhjelp | 61% |
| Mottar trygd (alle former) | 30 % |
| Annet inntektsgrunnlag | 9% |
| Total | 100% |
| Bor på hospits/hotell | 41 % |
| Bor i egen leilighet (leier/eier) | 19 % |
| Bostedløse | 15 % |
| Bor på Institusjon (vernehjem, rehabilitering og behandling) | 21% |

| | |
|----------------------|-------------|
| Bor hos andre | 4% |
| Total | 100% |
| Gift eller samboende | 12,5 % |
| Skilt eller separert | 18 % |
| Enslig | 67% |
| Enke/enkemann | 2,5% |
| Total | 100% |

N = 201

4.2 Rusmiddelbruk og kjønn - og alderssammensetning

Det er 36% kvinner og 64% menn i dette datamaterialet.

Kjønnsfordelingen i mitt materiale er tilnærmet kjønnsfordelingen Skretting, Ervik og Øie fant i sin undersøkelse av brukerne av Aids-informasjonsbussen i Oslo (30), der kvinneandelen var på 38% og mannsandelen var på 62%.

Gjennomsnittsalderen i deres undersøkelse fra 1993 var 29 år. Gjennomsnittsalderen i denne undersøkelsen er 39 år. Gjennomsnittsalderen er noe forskjellig, men dersom vi legger til de åtte årene siden 1993 er det kun to års aldersforskjell.

Tabell 2.

Kjønn - og alders fordeling i materialet.

| Fødselsår | Kvinner | Menn |
|-----------|---------|-------|
| 1930 - 49 | | 18% |
| 1950 - 59 | 12,4% | 27% |
| 1960 - 69 | 43,8% | 39,4% |
| 1970 - 82 | 43,8% | 15,6% |
| Total | 100% | 100% |

N=201

Dette bildet stemmer overens med hva Skretting m.fl. fant i sin undersøkelse (30). Kvinnene var gjennomgående mye yngre enn mennene.

Som vi ser i tabell 2, finner vi bare menn i den eldste aldersgruppen. De misbruker hovedsakelig alkohol. Videre ser vi at kvinnene utgjør 43,8% i den yngste aldersgruppen og mennene utgjør kun 15,6%. Viser dette at kvinnene er i ferd med å ta igjen mennene i forhold til rusmiddelmønster? Eller er det slik at kvinnene klarer å slutte å ruse seg i større grad enn menn, slik at de ikke blir så gamle i ruslivet? Bretteville - Jensen (11) mener blant annet at kvinner raskere utvikler avhengighet og søker behandling tidligere enn menn. Dette kan være en del av forklaringen på den alderssammensetningen som viser seg blant brukerne av Feltpleien. Dette er ikke problemstillinger jeg vil gå nærmere inn på her, men det kunne være interessant å finne mer ut om dette emnet ved en senere anledning.

Nore m.fl.(12) fant også at det er aldersforskjell mellom kvinner og menn som har vært innlagt på legevakten i Oslo på grunn av rusmiddelbruk. Nore m.fl. antar at dette kan ha sammenheng med at kvinner sjeldnere enn menn blir overstadig beruset, og at det fortsatt er mer sosialt stigmatiserende for kvinner enn for menn å vise seg offentlig beruset.

Videre har Bretteville - Jensen funnet kjønnsforskjeller i forhold til alderssammensetning, overdose og helse. Hun peker på at det er store kjønnsforskjeller mellom aktive sprøytenarkomane. Kvinner injiserer oftere enn menn. Videre er det påvist signifikante forskjeller mellom kjønnene i forhold til oppstart og avslutning av rusmiddelavhengighet. Det viser seg også at det er store kjønnsforskjeller i rusmiddelmønster.

Forskjeller på hva kvinner og menn ruser seg på i denne undersøkelsen;

Tabell 3.

Selvrapportert hovedrusmiddel

| Rusmiddel | Kvinner | Menn |
|---|---------|-------|
| Alkohol | 4,1% | 31,3% |
| Heroin | 82,2% | 57% |
| Amfetamin | 2,5% | 6% |
| Dersom hovedrus heroin – forbruk av vanedannende medikamenter | 91,5% | 72,4% |
| Dersom hovedrus alkohol – forbruk av vanedannende mediakamenter | 1,4% | 16,1% |

Generelt svarer 66% av de spurte at hovedrusmiddel er heroin. 21,5% svarer alkohol og 8,5% svarer amfetamin. Hele 73% av brukerne svarer at de bruker vanedannende medikamenter. 83% av brukerne som svarer at de har ruset seg på vanedannende medikamenter har brukt dette gjennomsnittlig i 7 år. (Variasjonsbredde 1 - 33 år). 69% av de som oppgir alkohol som hovedrusmiddel, er intervjet på Frelsesarmeen i Urtegata.

Gjennomsnittlig har de som bruker heroin brukt det i 12 ½ år (variasjonsbredde 1- 30 år). Gjennomsnittlig har de som opplyser at de har misbrukt eller misbruker alkohol, 78,5%, drukket i 11,2 år (variasjonsbredde 1 - 54 år). 22,5% av brukerne som oppgir heroin som hovedrusmiddel har tidligere misbrukt alkohol.

86% av de som oppgir heroin som hovedrusmiddel injiserer stoffet daglig eller nesten daglig. 25,5% i datamaterialet oppgir at de ikke injiserer. 14% av de som oppgir alkohol som hovedrusmiddel injiserer ikke andre stoffer, likevel oppgir 9% at de injiserer fra 2 - 3 ganger i måneden til daglig eller nesten daglig. 41% av de som oppgir amfetamin som hovedrusmiddel injiserer daglig eller nesten daglig. Gjennomsnittlig har 83% av brukerne røykt i 22 år (variasjonsbredde 0-55).

I datamaterialet er det forskjeller i forhold til type rusmiddel og alder. De eldste aldersgruppene 1930 - 1959 ruser seg hovedsakelig på alkohol (51,5%). Andelen av de som bruker heroin i denne gruppen er på 38%. Den yngste aldersgruppen 1960 - 1982 ruser seg hovedsakelig på heroin (80%). Det er kun 7% i den yngste aldersgruppen som oppgir at hovedmisbruket er alkohol.

De som oppgir at de ruser seg daglig eller nesten daglig, 94,5%, har ruset seg gjennomsnittlig i 15 ½ år (variasjonsbredde 1 - 54 år).

85% svarer at de bruker mer enn ett rusmiddel. Utover hovedmisbruk, som oftest er heroin eller alkohol, ruser brukerne seg hovedsakelig på vanedannende medikamenter (49%). 14% bruker amfetamin i tillegg, 8,5% cannabis og 4% alkohol. Ytterligere er det 45% som oppgir at de ruser seg på et tredje rusmiddel. Her oppgir 12% vanedannende medikamenter, 12,5% amfetamin og 15% cannabis. Til slutt er det 12% som oppgir at de ruser seg på et fjerde rusmiddel med hovedvekt på amfetamin og cannabis.

4.3 Selvrappporterte injeksjoner, overdoser og forebyggende strategier

Gjennomsnittlig antall år brukt sprøyter er 9,7 år (variasjonsbredde 0 - 35 år) av dem som har svart at de bruker sprøyter daglig eller nesten daglig.

Tabell 4.

Gjennomsnittlig antall injeksjoner daglig for ”dagligbrukere” av heroin.

| Injeksjoner | |
|--------------------------|-----|
| 3 – 4 | 47% |
| 1 – 2 | 15% |
| > 4 | 17% |
| Variierende ¹ | 12% |

¹Veldig variierende i forhold til hvor mye penger de hadde til disposisjon

Skretting m.fl. fant at rusmiddelbrukerne av Aids-informasjonsbussen hovedsaklig satte fra 2 – 5 injeksjoner daglig. Dette samsvarer med antall injeksjoner brukerne av Feltpleien rapporterer at de har.

På spørsmål om brukerne har noen forebyggende strategier for å unngå overdose svarer 33,5% at de har strategier for å unngå overdose. 63% svarer at de har hatt overdose. 18% svarer at de har hatt overdose 1 - 2 ganger. 18,5% oppgir at de har at overdose 3-5 ganger, 4% svarer at de har hatt overdose 6 -8 ganger og 22,5% svarer at de har hatt overdose mer enn 9 ganger.

Materialet viser at det er forskjeller i forhold til kjønn og overdose. 75% av kvinnene svarer at de har hatt overdose, og 55,5% av mennene svarer det samme. Dersom jeg ser på overdosestatistikken i forhold til de som bruker heroin, finner jeg ingen forskjell mellom kjønnene. Det er altså tilnærmet like mange menn som rapporterer at de har hatt overdose som det er kvinner. Jeg finner heller ikke noen kjønnsforskjell i forhold til antall overdoser. I og med at kvinnene oppgir at de setter flere skudd enn mennene skulle man anta at de hadde hatt større sjanse for å få overdose. Det er 75% av kvinnene som injiserer som oppgir at de setter fra 3 - 4 skudd eller mer pr. dag. I mennenes tilfelle er det 53,5% som svarer det samme. Dette er interessant i forhold til at kvinner i mindre grad enn menn dør av overdose. Bretteville - Jensen mener at dette kan ha sammenheng med at kvinner har andre strategier enn menn ved injisering. Hun nevner en studie fra Sydney som viser at mens 36% av kvinner oppga at de injiserte alene, oppga 49% av mennene det samme. På spørsmål om brukerne eventuelt har noen forebyggende strategier for å unngå overdose, finner jeg ikke noen forskjell mellom menn og kvinner, selv om det er flere kvinner (25%) enn menn (15%) som rapporterer at de alltid injiserer sammen med andre. Imidlertid er det 22% av kvinnene som svarer at de ikke gjør noe spesielt for å forebygge eventuell overdose, mens det er 15% av mennene som svarer det samme. Det som eventuelt kan forklare at kvinner sjeldnere dør av overdose i forhold til menn er at de er mye yngre enn menn som ruser seg. Jo lengre man har ruset seg, jo dårligere helsestatus, som igjen gir økt sjanse for at man kan dø i overdose.

4.4 Selvrapportert sykdomsbilde av brukerne

Helseskader blant rusmiddelbrukere kan relateres til hva og hvor mye som brukes av rusmidler og på hvilken måte man inntar dette. Injeksjonsmisbruk øker risikoen for sykdommer som hepatitt A, B og C. I og med at kvinner oppgav at de injiserer oftere enn menn, skulle man tro at de var mer utsatt for smitte av disse sykdommene. Dette er ikke tilfelle i forhold til hva brukerne selv rapporterer. Det er forskjeller dersom man ser på hepatittstatus til de brukerne av Feltpleien som oppgir heroin som hovedrusmiddel. De rapporterer følgende:

Tabell 5

Selvrapportert heroinbruk og hepatittstatus

| Hepatittform | Kjønn | |
|--------------|---------|-------|
| | Kvinner | Menn |
| Hepatitt A | 15% | 27,5% |
| Hepatitt B | 30% | 44% |
| Hepatitt C | 78,5% | 75,5% |

Tallene ovenfor viser en tendens til at kvinner har en lavere risiko for å få hepatitt A og B enn menn, selv om de injiserer oftere enn menn. På den andre side har kjønnene tilnærmet lik risiko for å bli smittet av hepatitt C. Forklaringer på dette fenomenet har ikke jeg noen forutsetning for å si noe om. Vi ser også at mange av pasientene har, eller har hatt, flere former for hepatitt.

Tabell 6.

Selvrapportert forekomst av hepatitt

| Hepatitt A | | Hepatitt B | | Hepatitt C | |
|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|
| Har ikke hatt | 65% | Har ikke hatt | 57% | Har ikke hatt | 31% |
| Har eller har hatt det | 19% | Har eller har hatt det | 29% | Har eller har hatt det | 57% |
| Vet ikke | 16% | Vet ikke | 15% | Vet ikke | 12% |
| Total | 100% | Total | 100% | Total | 100% |

N = 201

Som vi ser av tabellene ovenfor har mange av brukerne hatt mer enn en type hepatitt.

Tabell 7.

Selvrapportert forekomst av HIV, lungesykdom og luftveissykdom

| HIV | | Lungesykdom | | Luftveissykdom | |
|--------------------|------|-----------------|------|--------------------|------|
| Vet de er positive | 3% | Har lungesykdom | 26% | Har luftveissykdom | 22% |
| Svarer nei | 83% | Svarer nei | 66% | Svarer nei | 72% |
| Vet ikke | 14% | Vet ikke | 8% | Vet ikke | 6% |
| Total | 100% | Total | 100% | Total | 100% |

N = 201

Tabell 8.

Selvrapportert forekomst av diabetes og epilepsi

| Diabetes | | Epilepsi | |
|--------------|------|--------------|------|
| Har diabetes | 5% | Har epilepsi | 8% |
| Svarer nei | 92% | Svarer nei | 90% |
| Vet ikke | 3% | Vet ikke | 2% |
| Total | 100% | Total | 100% |

N = 201

15% oppgir at de har andre kramper, som pille-, fylle- eller avrusingskramper. Dette kan ha en sammenheng med at det er 21,5% som bruker alkohol som hovedrusmiddel.

Tabell 9.

Selvrapportert fysisk helse

| Helsestatus | |
|-------------------------|------|
| Dårlig | 36% |
| Verken god eller dårlig | 29% |
| Bra | 28% |
| Utmerket | 7% |
| Total | 100% |

N = 201

Dersom vi sammenligner dette sykdomsbildet i forhold til Statens helseundersøkelser (12) av den normale befolkningen selvrapporterer ser det slik ut:

Tabell 10.

Selvrapportert helsestatus fra Statens helsesundersøkelse og Feltpleien

| Helsetilstand | Statens Helseu. | | Feltpleien | |
|----------------|-----------------|-------|------------|-------|
| Dårlig helse | Kvinner | 7% | Kvinner | 42,5% |
| | Menn | 6,1% | Menn | 32,8% |
| Utmerket helse | Kvinner | 78,2% | Kvinner | 23,3% |
| | Menn | 81,1% | Menn | 5,5% |

Selvrapportering av helse viser seg ofte å være en god indikator på helsetilstand. Dersom dette også stemmer i forhold til brukerne av Feltpleien, viser dette at helsetilstanden til brukerne er betraktelig dårligere sammenlignet med normalbefolkningen. Dette bildet er ikke overraskende.

5 TILFREDSHET MED FELTPLEIEN

Ved den logistiske regresjonsanalysen er det sannsynligheten for å rapportere fornøydhets med Feltpleien som studeres. (Se også Appendiks s 41. vedrørende statistisk metode og utvelgelse av variabler til analysen).

Tabell 11.

Resultater av den multivariable analysen.

| Fornøyd med Feltpleien (avhengig variabel) | | | |
|---|----------------|---------------------|-------------------|
| Forklaringsvariabler | B ³ | Exp(B) ³ | Sig. ³ |
| Kjønn | -,423 | ,655 | ,378 |
| Alder | ,014 | 1,014 | ,666 |
| År vært rusmisbruker | ,015 | 1,015 | ,424 |
| Selvrapportert helse | ,189 | 1,208 | ,406 |
| Kort vei¹ | 1,091 | 2,978 | ,049 |
| Kort ventetid | -,149 | ,862 | ,754 |
| Samtaler med Feltsykepleier | -,045 | ,956 | ,934 |
| Sykepleier/lege møter pasienten på en fin måte¹ | 5,203 | 181,776 | ,008 |
| Sykepleier/lege tar seg nok tid til å prate¹ | 1,600 | 4,955 | ,009 |
| Fått sårbehandling på Feltpleien¹ | -1,202 | ,301 | ,020 |
| Personellet på legevakta tar seg nok tid til å prate | -,073 | ,930 | ,699 |
| Fornøyd med legevakt | -,046 | ,955 | ,804 |
| Ventetid legevakt | ,447 | 1,564 | ,326 |
| Cox & Schnell R Square ² | ,220 | | |
| N = | 152 | | |

1) Variabler som er statistisk signifikant. Det vil si at de har en statistisk forklaringseffekt i forhold til hva som indikerer at pasientene er fornøyd med Feltpleien. De andre forklaringsvariablene som ikke er merket med fotnote 1 har ikke en statistisk forklaringseffekt i denne modellen på hva som indikerer at pasientene er fornøyd med Feltpleien.

2) Forklart variasjon i modellen kommer til uttrykk gjennom R², og uttrykkes ved Cox & Schnell R square. Verdien forstås i prosent som 22%.

3) B er koeffisienten som er et generelt mål for samvariasjon eller overensstemmelse. Exp (B) viser effekten av de ulike variablene i forhold til hverandre. Sig. er signifikansverdien. Dersom den er mindre enn 0,051, er den signifikant på 95% nivå.

Forklaringvariabler som *påviste* statistiske sammenhenger i forhold til tilfredshets med Feltpleien (avhengig variabel) er:

- 1) Sykepleier og lege på Feltpleien møter dem på en fin måte
- 2) Sykepleier og lege på Feltpleien tar seg tid til å snakke med dem.
- 3) Det er kort vei til Feltpleien.
- 4) Sårbehandling utføres på Feltpleien.

5.1 Diskusjon av resultatene

Resultatene i denne analysen viser at det kan være egenskaper ved sykepleier og lege på Feltpleien som forklarer mye av tilfredsheten med Feltpleien. Det at pasientene opplever at sykepleier og lege tar seg nok tid til å prate med pasientene indikerer lite i forhold til eksakt tid, dersom vi ser dette i forhold til hvor mange konsultasjoner som gjennomføres og deler det på åpningstiden Feltpleien har hatt siden opprettelsen (13). Da vil vi se at Feltsykepleierne gjennomsnittlig ikke kan bruke så mye tid pr. pasient. De har kort åpningstid i forhold til svært mange registrerte konsultasjoner. Dette kan derfor handle om hvordan pasientene *opplever* at personellet tar seg nok tid til å prate med dem. Følelsen pasientene får av at pleier eller lege ikke måtte skynde seg betyr sannsynligvis mer enn antall minutter hos Feltsykepleierne og eller legen. Det er sannsynligvis ikke tidsbruk pr. konsultasjon som er avgjørende i forhold til pasientenes tilfredshet, selv om de rapporterer at Feltsykepleierne og lege tar seg nok tid.

Videre er *opplevelsen* av å bli møtt på en fin måte av sykepleier og lege forklarende i forhold til tilfredshet med Feltpleien. Flere poengterer (14,15,16) at mye av variasjonene i pasienttilfredshet kan forklares med subjektive sider ved omsorg og behandling, for eksempel helsepersonellets omsorg og måten å kommunisere på.

Sørliie mfl. (17) fant i sin undersøkelse at følgende fire variabler forklarte til sammen 36,2% av variasjonsbredden i den generelle tilfredsheten med behandlingen: ”subjektiv helse” på etterundersøkelse tidspunktet, personlighetsdimensjonen ”samvittighetsfull”, ”sykdommens alvorlighetsgrad og ”kontakt med leger og pleiere”. ”Kontakt med leger og pleiere” forklarte alene 25,1% av variasjonsbredden. Dette er med på å understreke hvor betydningsfull den mellommenneskelige dimensjonen ved pasientenes opplevelse av behandlingen er. Jeg antar at dette kan vise seg å være mer betydningsfullt for mennesker som ruser seg enn for mennesker som ikke ruser seg. Det er mange rusmiddelbrukere som opplever at de ikke blir møtt på en fin måte i møte med det almene helsetjenestetilbudet. Dette kan ha sammenheng med at mange rusmiddelbrukere ikke ”oppfører” seg slik dette systemet er lagt opp til. Feltpleien er ikke som det almene helsetjenestetilbudet. Det er tilpasset tunge rusmiddelbrukere, og det at de i tillegg blir møtt på en fin måte, kan forklare hvorfor pasientene er fornøyd med denne tjenesten.

Serine Heidenreich (18) viser til at flere studier har dokumentert at relasjoner som er preget av empati fra legens side, styrker pasientens motivasjon til bedring, pasientens deltakelse og pasientens tilfredshet med legen. En empatisk tilnærming til helseproblemer kan medføre at legen i større grad vil innhente korrekt og relevant informasjon. Pasientens ressurser kan snus fra beskyttelse og forsvar til aktiv handling. Forståelse av pasientens perspektiv, erfaringer og verdier kan øke legens toleranse for pasientens valg av mestringsstrategier (19). En empatisk tilnærming kan være med på å skape en relasjon preget av tillit og respekt mellom legen og pasienten. Dette kan bidra til at pasienten opplever seg verdsatt, respektert og anerkjent som menneske (20,21).

En empatisk tilnærming fra sykepleiere og leger kan skape en relasjon som spesielt denne gruppen mennesker vil sette stor pris på. Det at brukerne slipper å forklare og unnskyld seg sitt rusmiddelbruk og alt det dette innebærer, vil kunne bidra til at de synes det er mye bedre å henvende seg til Feltpleien enn andre tjenester, der de ofte blir mistenkeliggjort

for kun å henvende seg for å “lure” helsepersonell til å skrive ut vanedannende medikamenter.

Til slutt i dette avsnittet vil jeg påpeke at pasienttilfredshet kan være basert på følelser av intimitet og trygghet, som et resultat av personlige egenskaper hos helsepersonellet (22). Under intervjuene kom det fram at mange av brukerne opplevde at de hadde en svært god relasjon til enkelte Feltsykepleiere, kanskje som et resultat av personlige egenskaper ved pleierne. Dersom dette er tilfellet, blir tilfredshetsundersøkelser for en stor del uavhengig av konkret behandling, og bruk av pasienttilfredshet til kvalitetsutvikling, styring og ledelse vil ikke være mulig på grunn av manglende validitet.

Forutsatt at det er egenskaper ved Feltpleierne og legen som til dels forklarer hvorfor pasientene bruker og er fornøyd med Feltpleien, vil denne tjenestens kvalitet være veldig personavhengig.

Uavhengig av ovennevnte drøftinger viser resultatene at pasientene er fornøyd med Feltpleien blant annet fordi at de synes at de blir møtt på en fin måte av sykepleier og lege på Feltpleien og at pasientene opplever at sykepleier og lege på Feltpleien tar seg tid til å snakke med dem.

En annen forklaring på tilfredshet med Feltpleien var at de hadde fått sårbehandling. Feltpleien jobber som ”brannslukker” av abscesser (sår som oppstår ved såkalt ”bomskudd”). Abscesser er en enkel diagnose. Dette kan medføre at brukeren blir veldig tilfreds med behandlingen fordi diagnosen er entydig og resultatet har et klart endepunkt. De får den behandlingen de hadde forventet å få. Feltpleien er eksperter innen dette området og vet hva de driver med. Dette virker inn på pasienttilfredshet.

Det at det er kort vei til Feltpleien har også en forklaringseffekt på tilfredshet med Feltpleien. Dette samsvarer med tidligere funn i andre tilfredshetsundersøkelser (23).

Jeg har definert tilgjengelighet som "kort vei". Tilgjengelighet er i så måte definert som "geografisk tilgjengelighet". Det var flere Feltsykepleiere som mente at spørsmål om tilgjengelighet ville være vanskelig for mange av pasientene å forstå, derfor ble det definert som "kort vei". Jeg ser i ettertid at jeg burde hatt flere spørsmål som kunne definere tilgjengelighet. Likevel tror jeg at "kort vei" forklarer mye i begrepet tilgjengelighet.

Hvor tilgjengelig må Feltpleien være for å nå de svakeste brukerne? Dersom vi ser på Feltpleiestasjonene som er lokalisert ved de kommunale hybelhusene, er det klart at mange beboere med behov for helsehjelp har god nytte av at Feltpleien er tilgjengelig der hvor de bor. Samtidig vil det kunne være noen av disse brukerne som bare bruker Feltpleien nettopp fordi det er tilgjengelig, slik at *det* vil være den viktigste grunnen til at de bruker den. Tilgjengelighet til et tilbud vil kunne innebære at det er mange som vil bruke tjenesten, kanskje ikke nødvendigvis fordi helsetilstanden tilsier at de har dette behovet, men på grunn av nettopp tilgjengeligheten. "Tilbud skaper etterspørsel". Kan hende dette er en god forutsetning og mulighet for forebyggende helsearbeid, samtidig som det trolig ikke er den beste måten å fordele knappe ressurser på. Dette kan ramme de svakeste som man kanskje ikke fanger opp fordi tjenesten ikke er tilgjengelig nok for dem.

Tross disse betraktningene er det sannsynligvis avgjørende at Feltpleien er tilgjengelig for en del av brukerne for at de skal benytte seg av et slikt helsetilbud, ellers ville de kanskje ikke ha benyttet seg av det.

Videre kan det virke som at de som bruker alkohol i større grad enn dem som bruker heroin og amfetamin nyttiggjør seg Feltpleietjenesten selv om det ikke er kort vei til den. Det er 68% av de som bruker heroin som oppgir at tilgjengelighet er viktig, mens det bare er 37% av alkoholbrukerne som rapporterer om det samme. Det er langt flere heroinbrukere som bor på hybelhus enn det er alkoholikere. Sett i forhold til dette bildet kan det alternativt være slik at dersom det hadde vært tilknyttet en Feltpleiestasjon på et hybelhus der det hovedsakelig bodde alkoholikere, ville de også svare at tilgjengelighet er like viktig som de som bruker heroin.

Det er vanskelig å gi svar på hva som er hva her. Kanskje er det slik at brukerne svarer at tilgjengelighet er viktig når tjenesten er tilgjengelig, og at tilgjengelighet ikke er viktig, dersom tjenesten faktisk ikke er tilgjengelig. Det kan også være at brukerne tolker tilgjengelighet forskjellig.

6 TILFREDSHET MED FLETPLEIEN – HVA ANNET KAN DET HANDLE OM

Jeg ønsker her å diskutere hvilke momenter som kan være forklarende utover de variablene som hadde forklarings effekt i analysen.

I pasienttilfredshetsforskning pekes det på at det er et stort behov for mer kunnskap. Det er uklart hvordan helse og pasienttilfredshet henger sammen og hvilken prediktor pasientene anser som den *viktigste* i forhold til tilfredshet. Dette handler om at det som gjør at jeg er tilfreds, ikke trenger å være det som gjør deg tilfreds.

Problemene med pasienttilfredsundersøkelser er å fange opp misnøyen og kritikken. Metodologisk sett er det et problem at det ofte er en høy andel av pasientene som svarer at de er tilfreds med behandlingen og omsorgen. I mange studier er andelen 80% eller mer. (26). Ser vi dette i forhold til spørsmålet om ”Er du alt i alt ...fornøyd med Feltpleien, Legevakta og fastlegen”, svarer brukerne av Feltpleien følgende:

Tabell 12.

Tilfredshet i forhold til Feltpleien, legevakta og fastlegeordningen

| Tilfredshets kategorier | Feltpleien | Legevakta | Fastl. |
|-------------------------|------------|-----------|--------|
| Godt fornøyd/Fornøyd | 85% | 28% | 47% |
| Misfornøyd | 7% | 61% | 11% |
| Vet ikke | 8% | 11% | 42% |
| Total | 100% | 100% | 100% |

N=201

Som vi ser av tabellen oppgir 85% av brukerne av Feltpleien å være godt fornøyd eller fornøyd med tjenesten. Bare 28% av brukerne svarer at de er godt fornøyde eller fornøyd med Legevakta, og 47% er godt fornøyd eller fornøyd med fastlegeordningen. Det at det er hele 47% som er godt fornøyd eller fornøyd med fastlegeordningen er uventet. Selv om det bare er 24% av disse som har svart at de har vært hos fastlegen sin. Fastlegeordningen hadde eksistert i kort tid ved undersøkelsestidspunktet, bare 3 - 4 måneder. Dette kan indikere at mange har svart på noe de bare har teoretisk kjennskap til. Derfor er også "vet ikke" - kategorien her på 42%. Likevel er det altså 47% av brukerne som stiller seg positive til denne ordningen. Jeg hadde forventet i likhet med Westin, (se 1.2), at det var svært få av brukerne av Feltpleien som klarte å nyttiggjøre seg fastlegeordningen. I denne sammenheng oppgir 13% av de spurte at de har fått hjelp av Feltpleien til å få kontakt med fastlegen sin. Feltpleien kan altså påta seg noe av "æren" for at det er såpass mange av pasientene som bruker fastlegen sin.

Spørsmålet om hvorfor det er så stor variasjon i tilfredshet i forholdet mellom Feltpleien og Legevakta er interessant. Mye av denne variasjonen kan antakelig forklares med at det er to helt ulike tilbud. Videre at det er ikke sikkert at "normalbefolkningen" ville ha svart veldig annerledes, selv om jeg vil anta at det hadde vært flere som hadde svart at de var fornøyd med legevakta. En annen forklaring kan være at det er svært lang ventetid på legevakta i forhold til Feltpleien. Disse forholdene har jeg drøftet tidligere, og ut fra resultatene viser det seg at disse forholdene ikke er avgjørende. Det er sannsynligvis verken ventetid eller tidsbruk pr.

konsultasjon som er avgjørende i forhold til brukernes svært ulike tilfredshet når vi sammenlikner legevakta og Feltpleien. Forklaringen ligger heller i at det er to ulike tilbud - Feltpleien som er særtilpasset rusmiddelbrukere og legevakta som ikke er det.

Mange modeller som har blitt anvendt i forskning på pasienttilfredshet har forsøkt å forklare variasjonene i tilfredshet ut fra pasientenes *forventninger*. Jeg antar at forventninger kan spille en nøkkelrolle i forhold til tilfredsheten mellom de ulike helsetilbudene.

Forutsetningen er at dersom behandlingen svarer til forventningene, blir pasientene mer fornøyd. Forventninger vil være kulturelt betinget og vil påvirkes av pasientens verdier og deres kunnskap om og erfaring med helse, sykdom og helsetjenester.

Feltpleiens lege skriver ikke ut medikamenter, som kan misbrukes. Likevel er rusmiddelbrukerne av Feltpleien godt fornøyd med Feltpleien. Dette forholdet kan vise seg å handle om forventninger. De som benytter seg av Feltpleien har ikke forventninger om å at de *kanskje* får skrevet ut noen form for vanedannende medikamenter, fordi de ofte vet før de henvender seg til Feltpleien at dette ikke kommer til å skje. Imidlertid har brukerne en stor eller liten forventning om at dette kan de få på legevakta eller hos fastlegen og blir lite tilfreds når det viser seg at de ikke får det likevel. Min påstand er at når leger og rusmiddelbrukere skal enes om vanedannende medikamenter, blir brukerne sjelden fornøyd. Leger vil ofte ikke tilby de medisindosene en rusmiddelavhengig anser som tilstrekkelig, slik at de føler at de faktisk får den helsehjelpen de har behov for. Dette er en problemstilling som Feltpleiens brukere og Feltpleiens personell ikke trenger å ha fokus på. Både brukeren og helsepersonellet kan ha fokus på andre forhold enn hvor mye vanedannende medikamenter brukeren eventuelt kan ha behov for.

Christie og Syse (27) refererer til en hendelse i en kronikk i Aftenposten, der en rusmiddelavhengig ble tilkjent erstatning fordi legevakten i en av våre byer overså hans smerter i benet, noe som førte til amputasjon av hele benet pga. en hissig og ikke-diagnostisert betennelse. For helsevesenet framsto vedkommende som en person som

utelukkende ønsket tilføring av flere smertestillende medikamenter. Dette opplever sannsynligvis mange rusmiddelavhengige i møte med helsevesenet. Det er dette synet som har preget og til dels fremdeles preger behandlingen av rusmiddelavhengige. Feltpleien forholder seg i liten grad til denne problemstillingen. Dette kan bidra til å forklare hvorfor brukerne er tilfreds med Feltpleien.

Imidlertid finnes det dokumentasjon som viser at forventninger og verdier har liten innvirkning på pasienttilfredshet. Linder-Pelz (28) konkluderer med at forventninger forklarer kun en liten del av variasjonsbredden i pasienttilfredshet.

Forventninger kan vise seg å ha liten innvirkning på pasienttilfredshet i forhold til pasienter som ikke er rusmiddelbrukere. Det er rimelig å anta at forventninger om å få vanedannende medikamenter, kan ha stor betydning for en rusmiddelbruker som har et avhengighetsforhold til et eller flere typer vanedannende medikamenter. Vanedannende medikamenter innehar også stor salgsverdi på gata.

Jeg har her vært innom noen momenter som kan være forklarende i forhold til tilfredshet med Feltpleien og hvorfor denne pasientgruppen er så fornøyd med Feltpleien i forhold til at de er så lite fornøyd med Legevakta.

En av hovedforklaringene ligger åpenbart i at disse tjenestene har helt andre mandater og forutsetninger med hensyn til å kunne imøtekomme denne pasientgruppen. Muligens er det slik at Feltpleien (med de begrensninger den har mht. utstyr etc.) er den helsetjenesten som har størst mulighet pr. i dag til å imøtekomme de behov pasienter med et tungt rusmiddelbruk har. Likevel ønsker jeg i neste kapittel å komme med noen betraktninger på om Feltpleien nødvendigvis trenger å fungere og se ut som den gjør i dag.

7 BETRAKTNINGER OM FELTPLEIEN

Hensikten med disse betraktningene er å stille spørsmålet om Feltpleien ”nødvendigvis trenger å fungere og se ut som den gjør i dag”. Jeg stiller spørsmålet og overlater til andre å se på eventuelle svar og løsninger.

”Kort vei” var en forklaring på hvorfor pasientene var fornøyd med Feltpleien. Imidlertid erfarte intervjuerne at bo - og omsorgstilbudene som ikke har en Feltpleiestasjon i sin nærhet en annen virkelighet - at det enten var mange som aldri hadde hørt om dette helsetilbudet, i tillegg til at det var mange som utrykte at de ikke hadde prioritert å reise til Feltpleien. Kanskje er det slik at det er mange som nyttiggjør seg tjenesten uavhengig av tilgjengelighet eller ei, mens for andre ser det ut til at de eksisterende Feltpleiestasjonene ikke er nok. Kan det være behov for ett eller flere ambulerende Felteam, som oppsøker rusmiddelbrukere i større grad enn det de gjør i dag?

En av hovedoppgavene og hovedmålsettingene til Feltpleien er å kanalisere rusmiddelbrukere og lette tilgangen til det eksisterende hjelpeapparatet.

Tabell 13

Oversikt over hvilke tjenester Feltpleien har formidlet pasientene til

| Feltpleien har formidlet deg til: | Ja | Nei |
|-----------------------------------|-----|-----|
| Fastlege | 13% | 87% |
| Annen lege | 19% | 81% |
| Legevakta | 26% | 74% |
| Sosialtjeneste | 17% | 83% |
| Rusbehandling | 26% | 74% |
| Somatisk sykehus | 23% | 77% |
| Psykiatrisk sykehus | 10% | 90% |
| Tannlege | 7% | 93% |

Som tabellen viser formidler Feltpleien mange av pasientene sine til andre tjenester.

Muligens burde Feltpleien formidle pasientene i enda større grad enn det man gjør i dag?

Inntrykket noen av informantene gir er at de har etablert et så godt forhold til Feltpleien at de ikke benytter seg av det ordinære hjelpeapparatet. Dette er i så fall en utilsiktet konsekvens av opprettelsen av Feltpleien. Derfor er det viktig at Feltpleien fortsetter å etablere en bro til andre helsetjenester, slik at pasientens behov blir synliggjort og at ansvaret blir lagt der det i utgangspunktet var eller er meningen at det skal være.

Som jeg har drøftet tidligere kan mye av variasjonen i tilfredshet med Feltpleien forklares med relasjonen mellom lege/sykepleier og pasientene. Innenfor denne konteksten har Feltpleien mulighet til å etablere fruktbare relasjoner til pasientenes fastlege. I og med at fastlegeordningen er relativt nyetablert, er dette et mandat Feltpleien burde sette inn ressurser på å klare og gjennomføre. Det at 47% av brukerne stiller seg positive til fastlegeordningen (med forbehold om at det bare er 24% som har erfaring med fastlegen sin), er et bra utgangspunkt. Dersom det skulle vise seg at aktuell fastlege ikke påtar seg ansvaret for pasienten eller at relasjonen ikke er hensiktsmessig, kan Feltpleien være den instansen som kan hjelpe pasienten til enten å bytte eller arrangere samarbeidsmøter med fastlegen. Kanskje er det slik at de tyngste rusmiddelbrukerne er avhengig av Feltpleiens tjenester i overskuelig framtid, som ”brannslukker” og ”vaktbikkje”? Imidlertid kan det være viktig å etablere relasjoner og kanalisere pasientene til det ordinære hjelpeapparatet, der ansvaret opprinnelig ligger.

I og med at det er hovedsakelig tunge rusmiddelbrukere som bruker Feltpleien, bør Feltpleien være tilpasset i forhold til et aktivt rusliv. For å kunne være et godt tilbud for aktive rusmiddelbrukere bør Feltpleien være fleksibel fordi tunge rusmiddelbrukere sjelden lever innenfor strukturerte rammer, noe som mange helsetilbud er organisert etter. Det som kjennetegner en fleksibel organisasjon er at den er tilpasningsdyktig. Tunge rusmiddelbrukere bør møtes der de er, noe Feltpleien i mange tilfeller gjør.

Feltpleien bruker lite tid på å dokumentere sin virksomhet i form av journalskriving og skjemaer. Dette kan forklare noe av fleksibiliteten i Feltpleien. Noe som kan illustrere fleksibilitet hos Feltpleien er variasjonene i åpningstiden. I noen tilfeller har pasientene som henvender seg til Feltpleien behov for følge til andre helsetjenester. Feltpleien må derav stenge fordi det oftest bare er ansatt en sykepleier på hver Feltpleiestasjon. Dette fører til at andre pasienter opplever at Feltpleien flere ganger er stengt når det egentlig skal være åpent. Vi som samlet inn data opplevde at det var få innsigelser mot dette. Som pasient er det sannsynlig at du ville reagere sterkt på å komme til stengte dører. Jeg stilte meg spørsmål om hvorfor det ikke var mange som reagerte på dette? En av forklaringene kan dreie seg om at Feltpleien viser stor fleksibilitet i forhold til brukerne sine, og derfor er også brukerne fleksible når Feltpleien viser seg å være stengt. Videre kan dette kanskje si noe om at tunge rusmiddelbrukere ikke opplever at behovet for å få helsehjelp er akutt. Eller det si noe om at dersom de har et akutt helseproblem, er det ikke Feltpleien de henvender seg til og derav ikke reagerer sterkt på at de kommer til lukket dør. Utover dette kan en annen forklaring handle om at de er ”oppdratt” til at Feltpleien ikke alltid er åpen selv om åpningstiden skulle tilsi det. Tross disse betraktningene vil jeg fastholde at fleksibilitet er en egenskap ved Feltpleien som gjør at denne type tjeneste kan nå denne pasientgruppen.

Når dette er sagt vil jeg nevne at det er svært vanskelig å evaluere Feltpleien i forhold til andre viktige spørsmål som blant annet omhandler utvikling av pasientenes helsetilstand, kontinuitet i oppfølging av pasienten, hvor mange pasienter Feltpleien faktisk har, (jmf. eventuelle dobbel –/ trippelregistreringer), hvor ofte hver pasient henvender seg og lignende. Feltpleien dokumenterer lite av sin virksomhet i termer som er anvendelig for forskning. På bakgrunn av dette vil det være rimelig å stille spørsmål ved om man ikke burde utarbeide gode dokumentasjonssystemer, uten at dette skal gå på bekostning av tilbudets fleksibilitet.

8 KONKLUSJON

Resultatene viser at rusmiddelbrukere som er eller har vært pasienter ved Feltpleien er tilfreds med Feltpleien på grunn av at sykepleier og lege på Feltpleien møter dem på en fin

måte, sykepleier og lege på Feltpleien tar seg tid til å snakke med dem, det er kort vei til Feltpleien, og de får utført sårbehandling på Feltpleien.

Undersøkelsen bygger på data innhentet fra en side, de som etterspør Feltpleiens tjenester, og den har et bestemt fokus. Man skal derfor være forsiktig med å dra konklusjoner. En mulig utvidet undersøkelse for å nærmere undersøke almenhelsetjenestens tilbud til rusmiddelbrukerne ville være til nytte for å innhente bedre fakta i forhold til den *kvalitetsmessige* siden av helsetjenestene. Dette kunne gi et mer nyansert bilde av Feltpleien enn det brukerne på Feltpleien gir her. Her er nesten alle tilfreds, kan hende uten å sette krav til *kvaliteten* på tjenesten.

REFERANSER

1. Beskrivelse og vurdering av prøveprosjektet Feltpleien. Rapport etter 1. Halvår. Utviklingspartner DA, Vindedal B. Juni 1999.
2. Westin, S. Tid for å gjenetablere særomsorger? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1613.
3. Sundin, G. Stoffmisbrukere må ha særomsorg. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3596
4. Skog, O. J. Å forklare sosiale fenomener. 1998; 330 – 34. Ad Notam Gyldendal.
5. Foster JJ. Data analysis. Using SPSS for windows. SAGE Publications Ltd., London, 2001.
6. Thorsen O. Fuggeli P. Samuelsen K. – Befolkningens tilfredshet med legetjenesten i en bydel. Tidsskr Nor Lægeforen 1988 ; 108: 1098 - 1100.
7. Hall JA, Dornan MC. Patient sosidemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care. A meta – analysis. Soc.sc. Med 1990; 811 – 8
8. Foss, Christina, Tidsskrift Den norske lægeforening nr 27, 2000; 120: 3283 – 6
9. Rahmqvist M. Patient satisfaction in relation to age, health status and other bakcgroundfactors: a model for comparions of care units. Int J Qual Helath Care 2001: 13; 385
10. Kjøller M, Nord-Larsen M, Forbrugerundersøgelse i den primære sundhetstjenesten 2. Vurdering af lægeydelser. Publikasjon 124. København: Socialforskningsinstituttet, 1984.
11. Bretteville - Jensen AL. Kjønnforskjeller i bruksmønster og helse blant intravenøse heroinmisbrukere i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120:192 - 4.
- 12 Nore AK, Ommundsen, OE, Steine, S. Hvordan skille mellom sukdom, skade og rus på Legevakten? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1055 - 8.
- 13 Årsrapport, Feltpleien. Oslo kommune, Rusmiddeletaten. 2000
- 14 Linn LS, Diamatteo MR, Chang BL, Cope DW. Consumer values and subsequent satisfaction ratings of

- physician behaviour. *Medival care*. 1984; 22: 804 - 12.
- 15 Ben-Sira Z. Affective and instrumental components in the physician relationship: An additional dimension of interaction theory. *J. Health and Soc. Behavior*. 1980; 170 - 80.
 16. Singh J. Understanding the structure of consumers satisfaction evaluations of service delivery. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 1991; 19: 223 - 44.
 17. Sørli T, Sørli D, Sexton H, Tollefsen L. Tilfredshet og utilfredshet med kirurgisk behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 394 - 9.
 18. Serine Heiden reich K. Empati i lege-pasient-forholdet- teknikk eller etikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121; 1507-9.
 19. Olsen B, Fylkesnes K. Helseundersøkelsen i Finnmark – hvor fornøyde er folk med kommunetjenesten? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111:1385 – 9.
 20. Squer RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-pasient relationship. *Soc.Sci.Med* 1990; 30: 325 - 39.
 21. Brock CD, Salinsky JV. Empathy: an essential skill for understanding the physician-pasient relationship in clinical practice. *Fam med* 1993; 25: 245 - 8.
 22. Arborelius E, Bremberg S. What does a human relationship with the doctor mean? *Scand. J. Prim Health Care* 1992; 10: 163 - 9. 22.
 23. Tilgjengelighet og ventetid hos primærlegen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 3484 – 823.
 24. Hammerstrøm, J – pasienterfaringer ved en sykehuspoliklinikk. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113: 1600 – 2.
 25. Cartwright A, Anderson R. *General practice revisited. A second study of patients and their doctors.* London: Tavistock, 1981.
 26. Daviea AR, Ware JE, Jr. Involving consumers in quality of care assessment. *Health Aff Millwood* 1988; 7; 33 - 48.
 27. Christie, N. Syse. A. Rusmiddelbruk og nødvendig helsehjelp. *Aftenposten* 2001: 13-11.
 28. Linder - Pelz S. Toward a theory of pasient satisfaction. *Social science and medicine*. 1982; 16 : 577 – 8
 29. Bretteville-Jensen A.L. Ødegård E. Injeksjonsmisbrukere I Norge. SIFA rapport nr. 4/99.
 30. Skretting A. Ervik R. Øie Kjell Erik. AIDSINFORMASBUSSEN I OSLO. SIFA rapport nr. 2/93.

APPENDIX

1 Statistisk metode og framgangsmåte til analysen

Jeg startet med å omkode åpne svaralternativer til indekser. Deretter ble deskriptiv statistikk utført med frekvenser, gjennomsnitt, variasjonsbredde og standardavvik for henholdsvis kategoriske og kontinuerlige data for samtlige variabler.

Prediksjonsmodellen er valgt på bakgrunn av hypotesen, som er utarbeidet i forhold til Feltpleiens særegenskap som helsetjeneste. Dertil er den utarbeidet på bakgrunn av referanselitteratur og erfaringer jeg gjorde under datainnsamlingen.

Jeg har brukt logistisk regresjon som statistisk metode for å analysere prediksjonsmodellen. Logistisk regresjon anvendes ved multippel regresjonsanalyse der den avhengige variabelen er dikotom. Logistisk regresjon er velegnet når den egenskapen en ønsker å forklare bare har to verdier. I min analyse er dette tilfellet. Jeg ønsker å kartlegge hvorfor noen er godt fornøyd i forhold til de som ikke er fornøyd.

Metoden benyttes for å finne et mål på hvor ofte noe forekommer. Det vil si sannsynligheten for å rapportere “ja” på den avhengige variabel. I dette tilfellet dersom man er fornøyd med Feltpleien, når verdiene på andre relevante kjennetegn holdes konstant.

Med logistisk regresjon kan man direkte estimere sannsynligheten for at en begivenhet inntreffer. Odds for at en begivenhet skal inntreffe defineres som ratioen mellom sannsynligheten for at det skal skje og sannsynligheten for at det ikke skal skje. (4)

Effektmålene av de ulike variablene seg imellom rapporteres som odds ratioer, Exp (B), og signifikansverdien, sig., er angitt.

Forklart variasjon i modellen uttrykkes gjennom R². Cox og Snell R square er en godhetstest som kvantifiserer andelen forklart variasjon ved den logistiske modellen. (5)

Dataene er analysert ved bruk av SPSS, windows 10.

2 Validitet

Intern validitet: Vi var fire intervjuere, hvor av tre intervjuere har jobbet med tunge rusmiddelbrukere i mange år. Intervjuteamet ble kalibrert etter at vi hadde gjort en pilotundersøkelse. Det at vi har vært opptil fire intervjuere kan ha medført at vi ikke har målt det samme i forhold til variablene.

Målefeil

Det kan oppstå målefeil i forhold til det å skulle huske tilbake, såkalt "recallbias - skjevheter". Jeg har noen spørsmål som er tidsavgrenset i forhold til det å huske tilbake i tid. Dette kan være problematisk for de fleste av oss. Tidsperspektivet kan være svært vanskelig å anslå for mennesker som er i aktiv rus. Dette kan ha resultert i ulike systematiske eller usystematiske feil.

Andre skjevheter som bør fremheves er i forhold til å sammenligne fornøydhet og misfornøydhet med Legevakta og Feltpleien. Det kan være at informantene er redd for at de kan miste tilbudet dersom de ikke sier at Feltpleien er veldig bra og Legevakta veldig dårlig. Videre er det kjent at Legevakta har mye å gjøre og at det er et tilbud til alle. Det at Feltpleien faktisk er et særskilt tilbud til rusmiddelbrukere kan gi et misvisende bilde av forskjellene i brukertilfredshet mellom disse tilbudene.

Ekstern validitet (generaliserbarhet):

er begrenset av lokale særtrekk mht. storby, tjeneste og utvalg.

3 Reliabilitet: dvs. nøyaktighet på målingene

Hvor troverdige og nøyaktige er målinger av mennesker som ruser seg? Dette er en gruppe som er vant til å svare på spørsmål. Mange av dem er profesjonelle informanter. Vi som intervjuet opplevde at informantene syntes det var greie spørsmål å svare på. Etter at datainnsamlingen var avsluttet, diskuterte vi som intervjuet hvilke erfaringer vi satt igjen

med. Vi var enig om at vi sitter igjen med følelsen av at vi stiller ”nyktre” spørsmål til ”rusa” mennesker. Vi får ”standard svar” uten å fange opp det som kanskje er nærmere sannheten for disse menneskene enn den sannheten vi ”nyktre” opererer med i forhold til rusmiddelbrukere. Tross disse betraktningene tror jeg ikke min undersøkelse er mer usikker enn andre undersøkelser innenfor dette området.

4 Referanselitteratur

Hovedsakelig er denne oppgavens referanselitteratur funnet i databasen til "Tidsskrift for den norske lægeforening". Videre har jeg søkt i reference manager og Pubmed. Jeg fant mange artikler i forbindelse med pasienttilfredshet og helsetjenester, som igjen viste til relevant litteratur innenfor dette emnet. Likevel finnes det få helsetjenester som er særskilt tilrettelagt for rusmiddelbrukere, derav få studier innenfor mitt emne. Jeg har ikke vært i stand til å finne andre studier som omhandler rusmiddelbrukere og tilfredshet. Dette er ikke overraskende i og med at dette er et felt mange finner vanskelig og kanskje lite attraktivt å forske på.

Den referanselitteraturen som er benyttet i denne oppgaven er ikke undersøkt i forhold til validitets - og reliabilitetskriterier. Jeg antar at den er gyldig og pålitelig i forhold til mitt formål med denne oppgaven.

5 Variablene

Spørreskjemaet (Vedlegg 1) bestod av fem deler. Del en inneholdt spørsmål vedrørende personkarakteristika. Del to er spørsmål vedrørende helse, sykdom og medisinbruk. Del tre er kartleggelse av informantenes rusmiddebruk og mønster. Del fire inneholdt spørsmål vedrørende bruk av Feltpleien og tilfredshet med den og del fem om bruk av og tilfredshet med Legevakta og fastlege. Det er hovedsakelig del en, fire og fem som har dannet grunnlaget for de uavhengige og den avhengige variabelen.

I følge andre brukertilfredshetsundersøkelser kan det være vanskelig å måle hva som predikerer hvorfor pasientene er fornøyd med en helsetjeneste. Erfaringer fra andre brukerundersøkelser er at ”Generell fornøydhet” ofte skårer veldig høyt. Ca. 80% erklærer seg ofte fornøyd (6).

I denne undersøkelsen er så mange som 85% av brukerne fornøyd med Feltpleien. Jeg har prøvd å se på hvilke variabler som eventuelt kan forklare hvorfor de er så fornøyd med denne tjenesten. Jeg har sett dette i forhold til hva som er avgjørende for tilfredshet i andre pasient - undersøkelser. I tillegg har jeg antatt at det også er andre variabler som forklarer tilfredshet i denne pasientgruppen som jeg har undersøkt på grunn av særegenhetene til Feltpleien som helsetjeneste.

Den avhengige variabelen

Denne analysen av tilfredshet med Feltpleien som den avhengige variabelen bygger på spørsmålet om " Er du alt i alt fornøyd....med Feltpleien?"

Tabell 1.

Frekvensfordeling over tilfredshet med Feltpleien i %

| Tilfredshet | |
|---------------------|-------|
| Særdeles fornøyd | 34% |
| Godt fornøyd | 30% |
| Fornøyd | 20% |
| Misfornøyd | 7% |
| Særdeles misfornøyd | 0,5% |
| Vet ikke | 8,5 % |
| Total | 100% |

I den statistiske analysen er den avhengige variabelen dikotomisert, det vil si at henholdsvis de godt fornøyde er definert med verdiene 1 og 2 og de misfornøyde definert som 3, 4 og 5. Svaralternativ 6 "vet ikke" er utelukket, fordi det ikke uttrykker en mening om tilfredsheten med Feltpleien.

Forklaringsvariablene

Som nevnt har jeg valgt forklaringsvariabler på bakgrunn av Feltpleiens særegenskap som helsetjeneste. Dertil er de utarbeidet på bakgrunn av referanselitteratur vedrørende andre

tilfredshetsundersøkelser, rusmiddelundersøkelser og erfaringer gjort under datainnsamlingen.

I det følgende presenteres datamaterialet med begrunnelse for valg av de uavhengige variablene. Videre beskriver jeg hvordan jeg har transformert noen av variablene for å gjøre dem hensiktsmessige i analysen.

Sosiodemografiske variabler (se variabel liste s. 48)

Jeg antok at tilfredsheten kunne variere og påvirkes av ulike sosiodemografiske forhold. Dette til tross for at det ofte viser seg at sosiodemografiske karakteristika er svake prediktorer for tilfredshet (7). Forklaringsvariabler som utdanning, inntekt og sivilstatus kan ofte forklare variasjoner i andre samfunnsmedisinske spørsmål. I dette materialet er det så liten varians i disse variablene at det ikke er mulig å påvise signifikante forskjeller.

1) Kjønn. Er det forskjeller i tilfredshet mellom kvinner og menn. I andre pasienttilfredshetsundersøkelser har det vært vanskelig å finne forskjeller mellom kjønnene (8).

2) Alder. Det kan tenkes at de eldre er mer fornøyd med Feltpleien enn de yngre. Andre undersøkelser har funnet økende tilfredshet med økende alder (9, 10).

3) Hvor mange år vært rusmisbruker bygger på spørsmålet om "Hvor mange år brukt hovedrusmiddel"? Det har vært vanskelig å måle hvor mange år tunge rusmiddelbrukere definerer seg selv som rusmisbruker. Da er det lettere å få dem til å si noe om hvor lenge de har brukt hovedrusmiddel, som oftest alkohol eller heroin. Jeg vil anta at dette gir en god indikasjon på hvor lenge de har vært rusmiddelbrukere.

Hvor mange år pasientene har ruset seg kan være et uttrykk for om de har god eller dårlig helse, samt si noe om behovet de har for helsetjenester. Dette kan tenkes å henge sammen med generell tilfredshet og derav si noe om tilfredshet med Feltpleien.

4) Selvrappertert helse bygger på spørsmålet "Er din fysiske helsetilstand....?" med dårlig, verken god eller dårlig, bra, utmerket, som svaralternativer. Jeg har avgrenset selvrappertert helsetilstand til kun å gjelde den fysiske helsen. Jeg ønsket ikke å gå inn på deres psykiske helse fordi det hadde blitt alt for omfattende. Det kan tenkes at deres

egenvurderte fysiske helse, god eller dårlig, kan henge sammen med tilfredshet generelt og kan forklare variasjonene i tilfredshet med Feltpleien.

Andre forklaringsvariabler som er med i analysen

Mange av pasientene som bruker Feltpleien har dårlige erfaringer med det ordinære helsetilbudet. Mange av pasientene er vant til å bli møtt på en måte som ikke inviterer til at pasienten blir fornøyd. De opplever ofte at de blir møtt med lite respekt. Forventningen til at de skal bli normalt godt behandlet i møte med et helsetilbud er i utgangspunktet ikke tilstede. Derfor blir mange av brukerne av Feltpleien overrasket i møtet med dette helsetilbudet. Mange opplever for første gang at helsepersonell har innsikt i og forståelse for deres situasjon og at de i tillegg får den hjelpen de ønsket. Med dette som utgangspunkt antok jeg at følgende variabler kunne forklare noe av fornøydhetsgraden med Feltpleien:

Opplevelsen av å bli møtt med respekt uttrykt gjennom følgende spørsmål:

- 5) "Hva er det som eventuelt gjør at du bruker Feltpleien framfor andre helsetjenester? Er det på grunn av at "sykepleier/lege møter deg på en fin måte?"

Opplevelsen av at helsepersonell bruker tid og tar pasienten på alvor uttrykt med spørsmålene:

- 6) "Synes du sykepleier/lege på Feltpleien tar seg tid til å prate deg?"
7) "Synes du personalet på legevakta tar seg nok tid til å snakke med deg?"
8) "Hvor lang tid tar det vanligvis å få hjelp av mottaket på legevakta når du henvender deg?".

Særegenheter ved Feltpleien som kan gjøre pasientene fornøyd

- 9) "Hva er det som eventuelt gjør at du bruker Feltpleien framfor andre helsetjenester? Er det på grunn av at "det er *kort ventetid*"?"
10) "Hva er det som gjør at du eventuelt bruker Feltpleien framfor andre helsetjenester – er det på grunn av at det er *kort vei*?"
11) "Hva er det som gjør at du eventuelt bruker Feltpleien framfor andre helsetjenester – er det på grunn av at det er *gratis*?"

12) Hva er det som gjør at du eventuelt bruker Feltpleien framfor andre helsetjenester – er det på grunn av at du *har samtaler med sykepleier?*”

Mest brukte tjeneste på Feltpleien

Det kan tenkes at pasientene er veldig fornøyd med Feltpleien på grunn av at de får sårbehandling. Denne tjenesten er den flest pasienter har brukt feltpleien til. Spørsmålet er:

13) "Har Feltpleien hjulpet deg med sårbehandling?"

Tilfredshet med Legevakta

Kanskje er det slik at de som er fornøyd med Feltpleien også er de som er misfornøyd med Legevakta. Jeg har derfor tatt med hvor tilfreds pasientene er med Legevakta. Spørsmålet som uttrykker dette forholdet:

14) "Er du alt i alt ... fornøyd med legevakten?"

Tabell oversikt over variablene som er med i analysen

| Variabelnavn | Koding | N | Utelukket kategori |
|---|---|-----|---|
| Fornøyd med Feltpleien | Godt fornøyd (1+2) = 1 vs. Misfornøyd (3+4+5) = 2 | 184 | "vet ikke" N = 17 |
| Kjønn | Kvinner 1 Menn 2 | 201 | |
| Alder | Fødselsår | 201 | |
| År vært rusmisbruker | Oppgitt i år | 182 | "ruser meg ikke" + "ruser meg ikke daglig" + "vet ikke" N = 19 |
| Selvrapportert helse | 1=dårlig, 2 = verken god eller dårlig, 3 = bra, 4 = utmerket | 201 | |
| Kort vei | 1=Ja, 2=Nei | 201 | |
| Kort ventetid | 1=Ja, 2=Nei | 201 | |
| Samtaler med Felttsykepleier | 1=Ja, 2=Nei | 201 | |
| Feltsykepleier/lege tar seg nok tid til å prate | Dikotomisert som følgende: 1+2 = nok tid og nokså god tid = 1 vs 3+4+5 = dårlig tid , særdeles dårlig tid og vet ikke = 2 | 201 | |
| Feltsykepleier/lege møter deg på en fin måte | 1=Ja, 2=Nei | 201 | |

| | | | |
|--|---|-----|---|
| Fått sårbehandling på Feltpleien | 1=Ja, 2=Nei | 201 | |
| Personellet på legevakta tar seg nok tid til å prate | 1=ja, nok tid, 2= ja, i hvertfall av og til, 3=nei, sjelden, 4=nei, aldri | 157 | 0="ikke brukt legevakta på lenge", 5="vet ikke". N=44 |
| Fornøyd med legevakta | 1=Særdeles fornøyd, 2=godt fornøyd, 3=fornøyd,4=misfornøyd,5=Særdeles misfornøyd. | 181 | 0=" har ikke brukt legevakta på lenge" 6= "vet ikke". N=20 |
| Ventetid legevakt | Lang =1 Kort = 2 | 168 | 1= "bruker ikke legevakta", 10="husker ikke", 11=vet ikke" N=33 |

Vedlegg

Spørreskjema

Brukerundersøkelse Feltpleien 2001

Intervjuer (init).....

Dato.....

..

Påbegynt intervju kl:.....

Avsluttet intervju kl:.....

Feltpleiestasjon.....

- 1 = Dalsbergstien
- 2 = Frelsesarmeen, urtegata
- 3 = Pro-senteret
- 4 = Marcus Thrane
- 5 = Natthjemmet

Vil delta i undersøkelsen.....

- 1 = Ja
- 2 = Nei

Avbrutt intervju.....

- 1 = Syntes intervjuet ble for langt
- 2 = Dårlig form, orket ikke lengre
- 3 = Vet ikke
- 4 = Har avtale

Del 1. Noen bakgrunnsopplysninger

1) **Kjønn**.....

- 1 = Kvinne
- 2 = Mann

2) Fødselsår(åå).....

3) Folkeregistrert i hvilket fylke.....

(skriv hvilket)

4) Har du fullført 9 årig grunnskole?.....

1 = Ja

2 = Nei (Dersom Nei, gå til spørsmål 6)

5) Har du utdanning utover 9 årig grunnskole?.....

1 = Videregående skole

2 = Faglig yrkesutdanning

3 = Høyere utdanning (Universitet, høyskole)

4 = Nei

5 = Ikke besvart

6) Er du i skole eller arbeid?.....

1 = Uten beskjeftigelse

2 = Heltidsjobb

3 = Deltidsjobb

4 = Under utdanning

5 = Deltidsjobb og under utdanning

9 = Ikke besvart

Rangeres etter viktigste inntekt:

7) Hvor får du dine inntekter fra?.....

1 = Inntektsgivende arbeid 2 = Trygd (uførepensjon, , attføring), 3 = Sykepenger, 4 = Forsørget av andre,

5 = Sosialhjelp, 6 = Prostitusjon, 7 = Kriminalitet, 8 = Tigging, 9 = Ikke besvart

8) Hva er din Sivilstand på nåværende tidspunkt?.....

1 = Enslig

2 = Gift eller samboende

3 = Enke eller enkemann

4 = Skilt eller separert

9) Hvordan er ditt nåværende boligforhold?.....

1 = Ingen bolig (Dersom ingen bolig, gå til spørsmål 12)

2 = Egen leilighet (eiet eller leiet)

3 = Hospits/hotell

4 = Institusjon (Vernehjem, Bo – og rehabiliteringssenter)

5 = Behandlingsinstitusjon

6 = Hos andre

7 = Hos Foreldre

8 = Annet.....

10) Hvem bor du sammen med?.....

- 1 = Alene
- 2 = Partner
- 3 = Foreldre
- 4 = Venner

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

11) Hvor lenge har du bodd på nåværende bosted?.....

Måneder kodes

001 = Inntil 1 mnd.

Del 2. Nå vil jeg spørre deg om helse, sykdom og medisinbruk

12) Er din fysiske helsetilstand:.....

- 1 = Dårlig, spesif.....
- 2 = Verken god eller dårlig (Sånn passe)
- 3 = Bra
- 4 = utmerket

13) Smittevirus - Har du:

- 1 = Ja
- 2 = Jeg vet ikke
- 3 = Har hatt det
- 4 = Nei

HEPATITT A.....

HEPATITT B.....

HEPATITT C.....

HIV.....

14) Sykdom - Har du noen form for:

- 1 = Ja
- 2 = Nei
- 3 = Vet ikke

01 = HJERTE/KAR - LIDELSE (Hjerteklaffinfeksjon, blodpropp, dårlig blodsirkulasjon).....

02 = LUNGESYKDOM (EMFYSEM-RØYKELUNGER/BRONKITT O.L.).....

03 = LUFTVEISSYKDOM (ASTMA O.L.).....

04 = DIABETES.....

05 = EPILEPSI (KRAMPER).....

06 = ANNEN SYKDOM(MER).....

Skriv hvilke(n)

15) Medisin – Bruker du:

1 = Ja
2 = Nei

- 01 = HJERTEMEDISIN
- 02 = ASTMA MEDISIN
- 03 = ANTIBIOTIKA
- 04 = INSULIN (SPRØYTER/TABLETTER)
- 05 = EPILEPSIMEDISIN.....
- 06 = ANNEN MEDISIN.....
- 07 = VANEDANNENDE PILLER.....
(Valium, stesolid dolcontin, rohypnol, temgesic, paralgin forte o.l.)

16) Hvis bruk av vanedannende piller, får du det foreskrevet av lege eller på annet vis?

1 = Foreskrevet av lege
2 = Annet vis
3 = Begge deler
4 = Ikke besvart

17) Har du hatt overdose(r)?.....

1 = Ja
2 = Nei (Dersom Nei, gå til spørsmål 19)

18) Kan du huske hvor mange ganger du har hatt overdose(r)?.....

1 = 1 – 2
2 = 3 – 5
3 = 6 – 8
4 = Mer enn 9 ganger

19) Har du noen forebyggende strategier for å unngå overdose? (Inntil 3 svaralternativer mulig)

- 1 = Setter alltid "skuddet" ilag med andre
- 2 = Setter først halve "skuddet", for å kjenne virkningen før jeg setter hele
- 3 = Nei, gjør aldri noe spesielt
- 4 = Blander aldri heroin og piller
- 5 = Blander aldri heroin og alkohol
- 6 = Bruker ikke sprøyter/heroin
- 7 = Vet ikke
- 8 = Annet.....

Del 3. Nå vil jeg spørre deg om ditt rusbruk og rushistorie

20) Hva har du ruset deg mest på siste 6 måneder? Rangeres etter mest brukte rusmiddel:

1 = Heroin, 2 = Alkohol, 3 = Vanedannende piller (Valium, stesolid, rohypnol o.l)

4 = Amfetamin, 5 = Cannabis, 6 = Løsemidler

7 = Annet spesifiser.....

21) Sprøytebruk – Har du brukt sprøyter siste 6 måneder?.....

1 = Nei

2 = Av og til, ikke oftere enn 2 – 3 ganger i mnd.

3 = 1 – 4 ganger i uken

4 = Daglig eller nesten daglig

5 = Har aldri brukt (**Dersom aldri brukt gå til spørsmål 22**)

Hvor mange år har du brukt sprøyter daglig eller nesten daglig?..... (Hvor mange år kodes)

Dersom ikke daglig/nesten daglig – bruk kategoriene nedenfor:

1 = 2 – 4 dager i uken Skriv antall år:.....

2 = Omtrent ukentlig. Skriv antall år:.....

3 = Annet.....

Dersom daglig eller nesten daglig bruk av sprøyter, hvor mange ”skudd” setter du daglig?.....

1 = 1 – 2 skudd

2 = 3 – 4 skudd

3 = Mer enn 4

4 = Annet.....

(Hvor mange år kodes)

22) Hvor mange år har du brukt ”mest brukte rusmiddel” daglig eller nesten daglig?.....

Dersom ikke daglig/nesten daglig – bruk kategoriene nedenfor:

1 = 2 – 4 dager i uken Skriv antall år:.....

2 = Omtrent ukentlig Skriv antall år:.....

3 = Annet.....

(Hvor mange år kodes)

23) Hvor mange år har du brukt vanedannende piller daglig eller nesten daglig?.....

Dersom ikke daglig/nesten daglig – bruk kategoriene nedenfor:

1 = 2 – 4 dager i uken Skriv antall år:.....

2 = Omtrent ukentlig Skriv antall år:.....

3 = Bruker ikke

4 = Annet.....

(Hvor mange år kodes)

24) Hvor mange år har du brukt alkohol regelmessig

daglig eller nesten daglig?.....

Dersom ikke daglig/nesten daglig – bruk kategoriene nedenfor:

1 = 2 – 4 dager i uken Skriv antall år:.....

2 = Omtrent ukentlig Skriv antall år:.....

3 = Bruker ikke

4 = Annet.....

(Hvor mange år kodes)

25) Hvor mange år har du brukt tobakk regelmessig

daglig eller nesten daglig?.....

Dersom ikke daglig/nesten daglig – bruk kategoriene nedenfor:

1 = 2 – 4 dager i uken Skriv antall år:.....

2 = Omtrent ukentlig Skriv antall år:.....

3 = Bruker ikke

4 = Annet.....

Del 4. Nå vil jeg spørre deg om Feltpleien

26) Hvor var det du først hørte om Feltpleien?.....

1 = Bekjente/ rusmiljøet

2 = Legevakta

3 = Legesenter/ Egen lege

4 = Bo- og omsorgsinstitusjon

5 = Personalet på behandlingsinstitusjon

6 = Oppsøk og ko. Tjenester

7 = Personalet på Hospits/hybelhus/ hotell

8 = Annet (spesif).....

9 = Ikke besvart

27) Hvor mange ganger har du brukt Feltpleien?.....

1 = 1

2 = 2 – 5

3 = 6 – 9

4 = Mer enn 10

28) Har Feltpleien hjulpet deg med:

1 = Ja

2 = Nei

3 = Vet ikke

4 = Ikke besvart

01 = Helseundersøkelse (På bakgrunn av dine egne meldinger om symptomer/plager).....

02 = Sårbehandling.....

03 = Hepatittvaksinerings (v/bussen).....

-
- 04 = Hjulpet til kontakt med Fastlege.....
 - 05 = Hjulpet til kontakt med lege.....
 - 06 = Hjulpet til kontakt med Legevakt.....
 - 07 = Hjulpet til kontakt med sosialtjenesten.....
 - 08 = Hjulpet til kontakt med rusbehandling (sånn som avrusing, institusjonsbeh, boinstitusjon).....
 - 09 = Hjulpet til kontakt med somatisk sykehus.....
 - 10 = Hjulpet til kontakt med psykiatrien(psykiatrisk sykehus, Put og lignende, Tøyen rus/psyk).....
 - 11 = Samtale.....
 - 12 = Hjulpet til kontakt med tannlege
 - 13 = Hjulpet til å få sykehus til å skrive ut smertestillende v/innleggelse.....
 - 14 = Besøkt meg v/innleggelse sykehus/institusjon.....
 - 15 = Tatt blodprøver i forbindelse med smitte.....
 - 16 = Informasjon om sprøytebruk og smitteforebygging.....
 - 17= Underlivsplager (kjønnsykdommer, sopp o.l.).....
 - 18 = Annet.....

skriv hva

29) Hvor lang tid tar det vanligvis å få hjelp av Feltpleien her, når du tar kontakt med dem?.....

- 1 = Får kontakt med en gang
- 2 = Får kontakt i løpet av dagen
- 3 = 2-3 dager
- 4 = Mer enn 4 dager
- 5 = Vet ikke

30) Er det vanskelig eller lett å få hjelp av Feltpleiens lege?.....

- 1 = Det er ikke vanskelig
- 2 = Det går nokså greit
- 3 = Det er Vanskelig
- 4 = Har ikke brukt lege

31) Synes du sykepleier/legen tar seg..... til å snakke med deg?.....

- 1 = Nok tid
- 2 = Nokså god tid
- 3 = Dårlig tid
- 4 = Svært dårlig tid
- 5 = Vet ikke

32) Er du alt i alt.....med Feltpleien:.....

- 1 = Særdeles fornøyd
2 = Godt fornøyd
3 = Fornøyd
4 = Misfornøyd
5 = Særdeles misfornøyd
6 = Vet ikke

33) Hva er det som gjør at du eventuelt bruker Feltpleien framfor andre helsetjenester?

- 1 = Ja
2 = Nei

Er det på grunn av at:

- 01 = Det er kort vei
- 02 = Sykepleieren minner meg på å komme/ huker tak i meg.....
- 03 = Kort ventetid.....
- 04 = Sykepleier/lege møter meg på en fin måte.....
- 05 = Gratis.....
- 06 = Kjenner sykepleier/legen.....
- 07 = Trenger ikke å bestille time hos legen.....
- 08 = De har kunnskap om min livssituasjon.....
- 09 = Får vitaminer/Paracet/Ibux o.l.....
- 10 = Samtaler med sykepleieren.....
- 11 = Åpningstiden.....
- 12 = Annet, spesif.....

34) Hvilke andre helsetjenester har du selv tatt kontakt med siste 6 måneder?

- 1 = Ja
2 = Nei
3 = Bruker ikke andre tjenester

Har du tatt kontakt med:

- 01 = Legevakt.....
- 02 = Lege.....
- 03 = Helsestasjon/hjemmesykepleien.....

04 = Psykiatri (sånn som PUT , Psykiatrisk sykehus).....

05 = Poliklinikk (Eks. Olafia, infeksjons medisinsk).....

06 = Fysioterapeut/kiropraktor.....

07 = Tannlege.....

08 = Avrusing.....

09 = Alternativ medisin (Sånn som akupunktur, homøopati).....

10 = Annet.....

Skriv hva

Del 5. Nå vil jeg spørre deg om legevakt og fastlege

35) Har Legevakten hjulpet deg med.....siste 6 måneder?

1 = Ja

2 = Nei

3 = Nei, har ikke brukt legevakten siste 6 mnd (**Dersom Nei har ikke brukt siste 6 mnd, men brukt tidligere,**

Gå til spørsmål 38)

MEDISINSK:

01 = Akutt Helseundersøkelse (På bakgrunn av pasientens egne meldinger om symptomer/plager).....

02 = Sårbehandling.....

03 = Foreskrevet vanedannende midler.....

04 = Foreskrevet andre medikamenter

05 = Fått hjelp i forbindelse med vold.....

06 = Hjulpet til kontakt med somatisk sykehus.....

07 = Hjulpet til kontakt med Feltpleien.....

08= Informert om Fastlegeordningen/Hjulpet til kontakt med Fastlege.....

09 = Hjulpet til kontakt med Tannlege.....

10 = Annet.....

SOSIAL VAKTTJENESTE:

- 11 = Hjulpet til kontakt med til sosialtjenesten.....
- 12 = Hjulpet til kontakt med rusbehandling (avrusing, behandlingsinst, rehab –og omsorgsins.).....
- 13 = Stemplet resept, slik at jeg slipper å betale for den.....
- 14 = Hjulpet til med å skaffe akutt overnatting.....
- 15 = Annet.....

PSYKIATRISK VAKTTJENESTE:

- 16 = Hjulpet til kontakt med psykiatrisk helsevern (psykiatrisk sykehus, Put og lignende).....
- 17 = Samtale.....
- 18 = Annet.....

Skriv hva

VOLDTEKTMOTTAKET:

- 19 = Fått hjelp i forbindelse med voldtekt.....
- 20 = Annet, spesif.....

36) Hvor lang tid tar det vanligvis å få hjelp av legevakten

(Mottaket.) når du henvender deg?.....

- 1 = Bruker ikke legevakten (Dersom bruker ikke, gå til spørsmål 39)
 2 = Omtrent hvor lang tid.....
 3 = Vet ikke, orker sjelden å vente

37) Synes du personalet på legevakten (mottaket.) tar seg nok tid til å snakke med deg?.....

- 1 = Ja, nok tid
 2 = Ja, i hvert fall av og til
 3 = Nei, sjelden
 4 = Nei, aldri
 5 = Vet ikke

38) Er du alt i alt.....med legevakten (mottaket)?.....

- 1 = Særdeles fornøyd
 2 = Godt fornøyd
 3 = Fornøyd
 4 = Misfornøyd
 5 = Særdeles misfornøyd
 6 = Vet ikke

39) Har du fått tildelt Fastlege?.....

- 1 = Ja
 2 = Nei (Dersom Nei, gå til spørsmål 42)
 3 = Vet ikke (Dersom vet ikke, gå til spørsmål 42)

40) Har du vært hos Fastlegen din?.....

1 = Ja

2 = Nei

41) Har Fastlegen hjulpet deg med:

1 = Ja

2 = Nei

01 = Helseundersøkelse (På bakgrunn av pasientens egne meldinger om symptomer/plager).....

02 = Foreskrivelse av metadon.....

03 = Foreskrev vanedannende medikamenter.....

04 = Hepatittvaksinerings.....

05 = Hjulpet til kontakt med Feltpleien.....

06 = Hjulpet til kontakt med sosialtjenesten.....

07 = Hjulpet til kontakt med rusbehandling (avrusing, behandlingsinst, rehab –og omsorgsins.).....

08 = Hjulpet til kontakt med somatisk sykehus.....

09 = Hjulpet til kontakt med psykiatrisk helsevern (psykiatrisk sykehus, Put og lignende).....

10 = Hjulpet til kontakt med Tannlege.....

11 = Tatt blodprøver i forbindelse med smitte.....

12 = Sårbehandling.....

13 = Samtale.....

14 = Annet.....

Skriv hva

**42) Er du alt i alt..... med at du har eller vil få en fastlege
å forholde deg til?.....**

1 = Særdeles fornøyd

2 = Godt fornøyd

3 = Fornøyd

4 = Misfornøyd

5 = Særdeles misfornøyd

6 = Vet ikke

43) Har du forsøkt å bytte Fastlege?.....

1 = Ja

2 = Nei

44) Vi vil gjerne høre dine synspunkter på Fastlegeordningen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

45) Har du de siste 6 måneder hatt behov for lege /legevakt , men ikke tatt kontakt/kommet til avtalt time?

- 1 = Ja**
- 2 = Nei** (Dersom nei, gå til spørsmål 46)

På grunn av: Rangeres etter det som veier tyngst:

- 1 = Møtte ikke opp til avtalt time
- 2 = Har ikke hatt penger til egenandel
- 3 = Har ikke orket å skaffe time
- 4 = Smertene gikk over av seg selv
- 5 = Redd for smerter
- 6 = Annet spesif.....

46) Har du de siste 6 måneder hatt behov for Tannlege, men ikke tatt kontakt/kommet til avtalt time?

- 1 = Ja**
- 2 = Nei** (Dersom nei, gå til spørsmål 47)

På grunn av: Rangeres etter det som veier tyngst:

- 1 = Møtte ikke opp til avtalt time

2 = Har ikke hatt penger til egenandel

3 = Har ikke orket å skaffe time

4 = Smertene gikk over av seg selv

5 = Redd for smerter

6 = Annet spesif.....

47) Har du de siste 6 måneder hatt behov for poliklinisk behandling

(Eks. Infeksjons medisinsk), men ikke tatt kontakt/kommet til avtalt time?

1 = Ja

2 = Nei

På grunn av: Rangeres etter det som veier tyngst:

1 = Møtte ikke opp til avtalt time

2 = Har ikke hatt penger til egenandel

3 = Har ikke orket å skaffe time

4 = Smertene gikk over av seg selv

5 = Redd for smerter

6 = Annet spesif.....

En stor takk fra oss for at du deltok i undersøkelsen!

Hør godt etter er du snill:

- Vi har taushetsplikt.
- Undersøkelsen er anonym, dvs. at ingenting av det du svarer i intervjuet vil bli presentert på en slik måte at noen kan kjenne igjen svarene dine
- Denne undersøkelsen vil ikke ha noen konsekvenser for deg uansett hva du sier. Vi ønsker at du tenker deg om å gir oss de svarene som er nærmest sannheten for deg
- Du kan velge å la være å svare på spørsmål du opplever som vanskelig
- Deltakelse er frivillig.

**FELLES INTRODUKSJON VED HENVENDELSE TIL
AKTUELLE INFORMANTER:**

**HEI, JEG GJØR EN BRUKERUNDERSØKELSE PÅ VEGNE AV
FELTPLEIEN OG LURER PÅ OM DU HAR BRUKT FELTPLEIEN
EN ELLER FLERE GANGER?**

DERSOM JA;

**- DET HADDE VÆRT KJEMPEFINT OM JEG KAN FÅ
INTERVJUE DEG.**

**DERSOM SPØRSMÅL OM HVILKE SPØRSMÅL SOM VIL BLI
STILT;**

**- UNDERSØKELSEN INNEBÆRER SPØRSMÅL OM BRUK AV
FELTPLEIEN OG ANDRE HELSETJENESTER. JEG VIL OGSÅ
STILLE EN DEL SPØRSMÅL RUNDT DIN BAKGRUNN, DITT
RUSBRUK OG DIN HELSE.**

INTERVJUET VIL TA CA ½ TIME.