



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Kosthold og rusmiddelavhengighet

Diet and drug addiction

Karoline Jensen – Kandidat nummer 114

Folkehelsearbeid med fokus på kosthold og fysisk aktivitet
Fakultet for lærerutdanning, kultur og idrett, Institutt for
idrett, kosthold og naturfag

Bodil Bjørndal

31.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Forord

Bakgrunnen for denne oppgaven var et besøk fra MO-Nesttun sin leder under en forelesning ved Høgskulen på Vestlandet høsten 2018. Etter forelesning ble jeg sittende igjen med en genuin interesse for hverdagen og helsen til personer med rusmiddelproblemer da den fikk meg til å innse hvor lite innsikt jeg hadde i denne målgruppen. En målgruppe som består av mennesker som alle andre, men som opplever å bli skjøvet bort og stigmatisert.

Oppgaven har ikke vært utført for, eller hos mottakssenteret, men som et samarbeid hvor de har stilt seg til disposisjon for det jeg skulle trenge til oppgaven. Jeg ønsker derfor å rette en stor takk til alle ansatte og brukere ved senteret for at de ønsket å dele sine erfaringer og kunnskap med meg. Takk for et flott samarbeid.

Kartleggingen av brukere og ansatte ble til denne oppgaven gjennomført i samspill med en medstudent som også skrev sin oppgave i samarbeid med MO-Nesttun. Takk til Hallvard Faleide Sande for et flott semester med frustrerende prosesser, lange kvelder, utfordringer og mye ny kunnskap. Videre ønsker jeg å takke min veileder Bodil Bjørndal for sitt engasjement for oppgaven min, sin positive innstilling og for å ha vært så tilgjengelig når jeg behøvde raske svar, gode innspill, rettleidinger og kritiske spørsmål. Tilslutt må jeg takke alle dere som kom med gode innspill og tok dere tiden til å lese gjennom arbeidet mitt.

«Du må ikke sitte trygt i ditt hjem,
og si: Det er sørgelig, stakkars dem!

Du må ikke tåle så inderlig vel
den urett som ikke rammer deg selv» (Øverland, 1937)

Abstract

The aim of this study is to investigate how low-threshold communal centers focusing on nutrition can affect the nutritional status, and thereby health of people with an active drug problem. It will also be looked into whether nutritional mediation can affect the choices people with substance abuse make in regards to their own diet. To expose a possible link between the two, different methods of approach have been used. Methods such as semi-structured interviews and statistical analysis of quantitative data. The findings from the interviews show that people who make use of the center eat larger amounts and more frequently than the ones who don't. The community and social aspect of the centers are emphasized to be one of the main reason they make use of the centers, where the feeling of familiarity and belonging is a key contributing factor to good health. They show a good understanding of how their diet choices affect their body and health, but still seem to make bad decisions in regards to it. Low energy, not enough time and convenience, are some of the reasons they convey as to why they make the choices they do. Through these findings one might conclude that nutrition mediation might not have the desired effect, but that the low-threshold centers might have an overall positive effect on the health of the target group partaking in this study.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstillinger.....	2
1.2.1 Avgrensing og presisering av problemstillinger.....	2
1.3 Begrepsforklaring	2
2.0 Teori	3
2.1 Om MO-Nesttun	3
2.2 Avhengighet.....	3
2.2.1 Hva skjer i hjernen?.....	4
2.2.2 Behandlingstilbud	5
2.3 Personer med rusmiddelproblemer	5
2.3.1 Kosthold og ernæringsstatus til personer med rusmiddelproblemer i Norge	5
2.3.2 Helseplager hos personer med rusmiddelproblemer	6
2.3.3 Utfordringer hos målgruppen	7
2.4 Helse	7
2.5 Under- og feilernæring.....	8
2.5.1 Mangelsykdommer	8
3.0 Metode.....	9
3.1 Kvalitativ undersøkelse.....	9
3.1.1 Studiegruppe og forsøksdesign.....	10
3.3 Kvantitativ metode.....	10
3.5 Etikk og godkjenning av metode	11
3.6 Datainnsamling	12
4.0 Resultat.....	12
4.1 Ansatte	12
4.1.1 De ansattes opplevelse av MO-Nesttun.....	12
4.1.2 De ansattes oppfatning av hvilke faktorer som trekker brukerne til senteret	13
4.1.3 De ansattes oppfatning av brukernes opplevelse av mattilbudet.....	13
4.1.4 De ansattes fokus på informasjon om måltidene	14
4.2 Brukere.....	14
4.2.1 Brukernes opplevelse av MO-Nesttun.....	14
4.2.2 Hva trekker brukerne til senteret?	15
4.2.3 Brukernes opplevelse av mattilbudet.....	15

4.2.4 Matvaner utenfor MO-senteret	16
4.2.5 Bruk av «Friskrommet»	16
4.3 Statistikk fra Mottakssenteret	16
5.0 Drøfting	17
5.1 Lavterskeltilbud	17
5.2 Ernæring og kosthold	18
5.3 Helse	20
5.5 Styrker og svakheter i valg av metode	20
6.0 Konklusjon	21
7.0 Litteraturliste	23
8.0 Vedlegg	27
8.1 Vedlegg 1 - Samtykkeskjema	27
8.2 Vedlegg 2 - Godkjenning NSD	30
8.3 Vedlegg 3 - Intervjuguide brukere	33
8.4 Vedlegg 4 - Intervjuguide ansatte	34
8.5 Vedlegg 5 - Data innsamlet fra mottakssenteret	36

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Når det kommer til hvor mange som lider av avhengighet er det store mørketall (Bramness, 2018). Mellom 200 og 300.000 antas å lide av alkoholavhengighet, 20-40.000 antas å være avhengige av vanedannende medisiner og 20-30.000 regnes å være avhengige av illegale rusmidler. Disse tallene vil nok være mindre enn det som er reelt, da det er vanskelig å kartlegge.

Helsetilstanden til personer med rusmiddelproblemer blir som oftest knyttet til selve stoffmisbruket, men kartlegging som er framlagt i Mone E. Sælunds doktoravhandling (2014) om kosthold blant rusavhengige viser at omlag 60 prosent av Oslos rusavhengige kan gå i flere dager uten mat. Når de spiser, er det ofte mat med lite eller dårlig næring i form av rask mat med mye sukker. Disse funnene kan tyde på at uten hjelp og tilbud om mat, vil mange av dem stå i fare for under- og feilernæring, som kan forverre en allerede dårlig helsesituasjon. Dette blir videre trukket fram og diskutert i oppgaven.

Feil- og underernæring oppstår som kjent som følge av at kroppens behov for energi og næringsstoffer ikke oppfylles via kostholdet. Dette fører til vekttap, muskelsvinn og mangel på mineraler og vitaminer. Tilstanden øker risiko for sykdommer, da immunforsvaret svekkes (SML, 2018). Dette er spesielt utfordrende for rusmisbrukere, da bruk av narkotiske stoffer også påvirker immunforsvaret og øker sjansen for virusinfeksjoner og andre sykdommer (Sæland, 2014, s.17).

I rusomsorgen er det mye informasjon og fokus på å rehabilitere brukerne og gjøre de rusfrie. I 2017 var nesten 18500 personer innom behandlingssentre for rusmiddelproblemer (Folkehelseinstituttet, 2018). Nylig publiserte helsedirektoratet (2019), i samarbeid med helse- og omsorgsdepartementet, proposisjonen «Nasjonal overdosestrategi» som skal ligge betingelser og føringer for å øke innsatsen mot overdosedødsfall. På første siden av rapporten står slagordet til strategien: «Javisst kan du bli rusfri – men først må du overleve». Denne strategien er et riktig steg mot en ny ruspolitikk, og retter fokus på å rehabilitere. Dette er et vel så viktig arbeid, men man må ikke glemme å se mennesket i den situasjonen de er i og

kunne møte de på deres premisser, uten press og forventning (Bramness, 2018). Dette er spesielt viktig med denne målgruppen som kan føle på utrygghet og isolasjon fra samfunnet.

Det vil derfor være interessant å undersøke om det er mulig å forbedre helsen til rusavhengige gjennom kommunale lavterskeltilbud. Kan man forbedre helsen foruten bruk av avvenning? Vil de tilbudene som fokuserer på kosthold kunne bedre ernæringsstatus hos brukere? Vil et fokus på ernæringsformidling kunne påvirke kostholdet til personer med rusmiddelproblemer? Problemstillingene oppgaven søker å besvare blir derfor som følger.

1.2 Problemstillinger

«Hvordan kan lavterskeltilbud med fokus på kosthold påvirke ernæringsstatus og dermed helsen til personer med rusmiddelproblemer i bergensområdet?»

«Hvordan kan lavterskeltilbud med fokus på ernæringsformidling påvirke kostholdsvanene til personer med rusmiddelproblemer i bergensområdet?»

1.2.1 Avgrensning og presisering av problemstillinger

Oppgaven ønsker å undersøke og belyse om lavterskeltilbud i Bergensområde kan være med på å påvirke helsen til personer med rusmiddelproblemer gjennom kostholdstiltak og ernæringsopplysning. Hovedfokuset er på brukerne og deres hverdag, preferanser, matinntak og opplevelse av mottakssentrene og tilbudene deres. Oppgaven er utelukkende omfattet av rusavhengige i tilknyttet mottakssentre. For å få større kunnskap til måten senterne opererer på samt hvordan man skal møte brukerne i sammenheng med intervjuene ble det også konsultert med de ansatte i form av ustrukturerte samtaler.

1.3 Begrepsforklaring

Lavterskeltilbudet som omtales i denne oppgaven er mottakssentre som tilbyr mat og fritidstilbud til personer med rusavhengighet, eksempelvis MO-Senteret på Nesttun. Med rusmiddelproblemer menes det i denne oppgaven risikofylt bruk av illegale rusmidler og overforbruk av reseptbelagte medikamenter. Det skilles ikke mellom de forskjellige rusmidlene, men tas generelt for seg personer med rusmiddelproblemer.

2.0 Teori

2.1 Om MO-Nesttun

MO-Nesttun, også kjent som Mottakssenteret på Nesttun, er et lavterskeltilbud for personer med rusmiddelproblemer (Bergen kommune, 2019a; Bergen kommune, 2019b). Her får de tilbud om aktiviteter i gruppe, helsetjenester i form av sykepleiertjenester, utstyrsutdeling og sosialt fellesskap. Senteret drives på en drop-in basis. MO-Nesttun er bemannet av personer som har bakgrunn i helse- og sosialfag, og som har tidligere erfaring med målgruppen rusavhengige. I tillegg til dette har de sykepleiere som driver «friskrommet», som i bunn og grunn er en moderne sykestue.

De fleste MO-sentrene i Bergen kommune har matservering, men MO-Nesttun skiller seg ut i måten de fokuserer på og framhever maten (Bergen Kommune, 2018). De har ansatt en egen kokk, som også er utdannet sosionom. Det er kokken som har ansvar for matproduksjon og fastsetting av menyene. Kokken sørger dermed for at brukerne får i seg god og næringsrik mat i tillegg til informasjon om hvilke råvarer som er i maten de spiser og hvilke betydninger dette kan ha for deres fysiske og psykiske helse. Menyene tilpasses ut ifra tema, sesong og aktualitet. Eksempelvis er det mye fokus på «meatfree» måltider og dette er dermed innført en dag i uken (Facebook, 2019).

2.2 Avhengighet

Avhengighet er et intrikat fenomen som det finnes elementer av i flere forskjellige atferder. I prinsippet kan man i varierende grad bli avhengig av nesten hva som helst, eksempelvis mat, rus, trening og shopping (Bramness, 2018). Alle former for avhengighet bunner i tap av kontroll og griper inn i grunnleggende hjernefunksjoner (Bramness, 2018).

Innen rusavhengighet trenger det ikke nødvendigvis å være sterke rusmidler, selv enkle medikamenter og kjemiske stoffer som nikotin kan skape avhengighet (Oslo universitetssykehus, 2017). Likevel ser man at de mest vanlige avhengighetsskapende stoffene er alkohol og narkotiske stoffer som kokain, amfetamin, cannabis og heroin. Legemidler med ruspotensiale er beroligende midler, sovemidler og smertestillende midler.

Rusmiddelavhengighet kan gjenkjennes ved at brukeren har et sterkt ønske om å opprettholde rusmisbruket uten tanke på skadelige konsekvenser, og at rusmiddelinntaket blir prioritert framfor alle andre aktiviteter og forpliktelser (Folkehelseinstituttet, 2014).

2.2.1 Hva skjer i hjernen?

Når man opplever noe godt skapes det en belønningsreaksjon i hjernen, dette er på engelsk kjent som «Liking» (Oslo universitetssykehus, 2017). I noen tilfeller og scenarioer kan disse belønningsreaksjonene kobles til en spesiell betydning for individet og føre til et sterkt ønske om gjentagelse av handlingen. Dette fenomenet er kjent som «Wanting», hvor man ønsker seg mer av det man nettopp har fått (Oslo universitetssykehus, 2017). Denne mekanismen er en viktig del av menneskers overlevelsessevne, men er også sentral for utvikling av avhengighet.

Hos et spedbarn vil amming være en handling som er viktig for overlevelse (Oslo universitetssykehus, 2017). Belønningscenteret aktiveres og sender signaler som lærer barnet at sugemekanismen som benyttes under amming er viktigere enn eksempelvis å spelle med bena. Dette fører til at sugingen er noe barnet ønsker å gjenta, og dermed overlever (Oslo universitetssykehus, 2017).

Rusmidler påvirker signalveiene i hjernen på samme måte som sugemekanismen hos et spedbarn, men har en kraftigere reaksjon enn ved naturlig stimuli (Oslo universitetssykehus, 2017). Dersom rusmidlene inntas gjentatte ganger kan det også føre til at den biologiske prosessen med «liking» og «wanting» begynner å utvikle seg motsatt av hverandre hvor trangten til rusmiddelbruk blir sterkere enn «gleden» av den (Oslo universitetssykehus, 2017). Ved økt mengde og hyppigere inntak av rusmidler øker motivasjonen for å fortsette, til tross for at den positive rusopplevelsen svekkes for hver gang, da kroppen venner seg til rusen grunnet toleranseutvikling. Det er dette fenomenet som til tider fører til overdose, da rusmisbrukeren føler ønske og trang til å oppnå den samme rusopplevelsen som ved tidligere bruk, og øker dosen gradvis (Oslo universitetssykehus, 2017).

2.2.2 Behandlingstilbud

I Norge er det vanlig at store deler av hjelpe- og behandlingstilbudet til personer med rusmiddelproblemer foregår gjennom private aktører (Folkehelseinstituttet, 2018). Av de nesten 18500 personene som var innom behandlingssentre i 2017, var en stor prosentandel av de tilknyttet LAR programmet. LAR, legemiddelassistert rehabilitering, er en behandlingsform hvor den legemiddelassisterte behandlingen faller under spesialhelsetjenesten, og rehabiliteringsprosessen skal tilrettelegges av det kommunale (Bergen Kommune, 2019c). I en rapport utarbeidet ved Universitetet i Oslo (Waal, H., Bussesund, K., Clausen T., Lillevold, P. H., Skeie, I. 2018, s.4-7) kom det fram at det per 2017 var 7622 personer i programmet, hvor 884 ble tatt inn det året. Av de ny-innskrevne bestod 401 av førstegangsinntak, 348 av re-inntak og de resterende var forflytting mellom helseforetak. Det samme året ble 681 personer skrevet ut av programmet, hvor 32 ble utskrevet til videre behandling hos fastlege via helsefaglig vurdering. De resterende utskrevne bestod av personer som unnlot å stille opp, skrev seg selv ut eller døde.

2.3 Personer med rusmiddelproblemer

2.3.1 Kosthold og ernæringsstatus til personer med rusmiddelproblemer i Norge

Førsteamanuensis ved fakultet for helsefag ved OsloMet, Mone Sæland, kartla under hennes doktorgradsarbeid (2014), kostholdsvanene til 195 gatenarkomane i Oslo. Fra undersøkelsene kom det fram at 60 prosent mente de ikke fikk i seg nok mat og at de i perioder kunne gå dagevis uten mat. Av alle respondentene svarte 64 prosent at de ville spist mer dersom mat var mer tilgjengelig. I sammenheng med kartleggingen ble det også tatt blodprøver av deltagerne. Denne viste at svarene de oppga stemte, da samtlige rusmisbrukere var alvorlig under- og feilernært, på et u-landsnivå.

Dersom deltakerne ikke hadde tilgang på mat var det høy terskel for å bruke pengene sine på mat. Når de likevel valgte å bruke pengene på mat, ble det oftest valgt produkter som var mindre sunn og inneholdt store mengder sukker (Sæland, 2014). Begrunnelsene for dette var ofte at de ikke hadde energi, utstyr eller tålmodighet til å lage mat selv. I undersøkelsen oppgav så mange som 40 prosent at de *aldri* laget varme måltider selv, til tross for at 50 prosent oppga at de kjøpte mesteparten av maten sin. En av årsakene til at de valgte å kjøpe så

stor andel av maten, til tross for at de fikk tilbud om gratis mat gjennom mottakssentre, var at de organiserte mattilbudene er åpen på dagtid og at de som oftest var opptatt med å sove, ruse seg og skaffe penger til rus på denne tiden. En annen årsak til at personer med rusmiddelproblemer ofte kan få i seg for lite mat, kan bunne i at flere rusmidler har en appetittreduserende effekt og dermed fører til at personen ikke har lyst på mat (Khalsa, Treisman, McCance-Katz & Tedaldi, 2008).

Det var svært få deltagere som oppnådde anbefalingene for de viktigste næringsstoffene. Av kvinnene var det 27 prosent som klassifiseres som undervektige, mot 3 prosent av mennene (Sæland, 2014). Over 90 prosent av deltagerne hadde en eller flere kroniske infeksjoner, hvor de mest underernærte hadde flest infeksjoner. Det var også et høyere antall overdosetilfeller og selvmordsforsøk hos rusmisbrukerne med dårlig ernæringsstatus, sammenlignet med de som hadde bedre ernæringsstatus.

2.3.2 Helseplager hos personer med rusmiddelproblemer

Personer med rusmiddelproblemer er utsatt for en variasjon av sykdommer og helseplager (Khalsa, Treisman, McCance-Katz & Tedaldi, 2008). Disse sykdommene inkluderer hjerte- og venerelaterte lidelser som unormale hjertefrekvenser og hjerteinfarkt samt kollapsede vener og blodårssinfeksjoner forårsaket av injiserte rusmidler. De opplever en økt belastning på lever, og til tider unger, som kan utvikle seg til leverskade, leversvikt og lungesykdom. Hyppig bruk av narkotiske stoffer kan føre til slag, mental forvirring, hjerneskade, problemer med minne og beslutningsprosesser, som kan føre til vanskeligheter når det kommer til dagligdagse oppgaver. Rusmiddelmisbruk kan føre til kvalme og magesmerter som kan gi endringer i appetitt og deretter vekttap. Dette kommer på toppen av at rusmiddelene i seg selv kan virke appetittnedsettende.

Det forekommer flere tilfeller av overdoser knyttet til rusmiddelbruk, men mange brukere dør grunnet de overnevnte sykdommene (Andersen, 2018). Personer med rusmiddelproblem har en betydelig kortere forventet levetid enn resten av den norske befolkningen, med opp til 20 års reduksjon.

2.3.3 Utfordringer hos målgruppen

Når det skal arbeides med personer med rusmiddelproblemer er det en del etiske hensyn og forhåndsregler som må tas (NSD, 2018a; NSD, 2018b). Det må sørges for at arbeidet ikke blir belastende for målgruppen og at de ikke føler seg utnyttet og krenket av måten arbeidet utføres på. I tillegg til slike etiske hensyn er det også påvist at noen personer som er påvirket av rus kan opptre uforutsigbart i form av plutselig aggresjon, nedsatt konsentrasjon og rastløshet (Mørland & Dietrichs, 2019). De kan oppleve økt selvtillit, energi og pratsomhet. I noen tilfeller hvor personen befinner seg i en rusutløst psykose kan de oppleve paranoia, vrangforestillinger og angstfølelser (Malt, 2019). Det er dermed viktig å være forberedt på at slik oppførsel kan inntreffe. Bramness (2018) legger fram at målgruppen ofte føler seg stigmatisert og møter fordommer om dårlig moral, viljestyrke og at de selv har valgt rusen.

2.4 Helse

Helse defineres av verdens helseorganisasjon (2014) som «En tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller fysisk svekkelse». Helse er et flertydig begrep som ofte brukes i på folkemunne som en motsetning til sykdom. I et helsefremmende perspektiv vil et slikt bruk at begrepet være lite hensiktsmessig da motsetningen av sykdom er å være frisk, hvor helse med dette utgangspunktet kan sees på som å handle om forutsetninger for å forholde seg frisk og å unngå sykdom (Braut, 2018).

Definisjonen til verdens helseorganisasjon har fått kritikk på flere punkter, men hovedsakelig fordi den ansees som for snever (Braut, 2018). Kritikerne omtaler derfor helse som «evne til å leve med hverdagens krav». Denne definisjonen dannet et godt bilde av hva helse er, og betyr for det enkelte mennesket, men gir dårlig rettleiding for en samfunns- eller grupperettet innsats. Faktorer som påvirker grupper av og enkeltmennesker vil være ulike.

1997 til 2000 ble det gjennomført en studie av det norske folks helsebegrep (Fugelli & Ingstad, 2001). Det ble spurt 80 respondenter fordelt på 5 ulike steder i Norge, om deres oppfatning av hva helse er. De mest framtrepende svarene var: helse er trivsel, helse er funksjon, helse er natur, helse er humør, helse er mestring og helse er overskudd/energi. Bare 17 av de 80 svarte spontant at helse er «å ikke være syk».

2.5 Under- og feilernæring

Underernæring defineres som «en tilstand som oppstår når kroppens behov for energi og/eller næringsstoffer over tid ikke tilfredsstilles gjennom inntak av mat og drikke. Protein- og fettreservene i kroppen avtar, og dette resulterer i vekttap, muskelsvinn og mangel på vitaminer og mineraler» (Store medisinske leksikon, 2018).

Med underernæring kommer en forhøyet risiko for enkelte sykdommer, sykdomskomplikasjoner og potensiell dødelighet. Enkelte sykdommer og tilstander kan også direkte eller indirekte føre til underernæring gjennom økt behov for næringsstoffer, redusert opptak av næring i tarmen eller ved svekket appetitt (Store medisinske leksikon, 2018). Rusmisbruk er en av tilstandene som kan føre til svekket appetitt og nedprioritering av næringsinntak (Sæland, 2014).

En annen utfordring hos rusmisbrukere kan være et ensidig kosthold som kan føre til feilernæring framfor underernæring. Mangelsykdommer og helseproblemer kan stamme fra begge disse tilstandene (Store medisinske leksikon, 2018).

2.5.1 Mangelsykdommer

Ved mangel på vital næring, vitaminer og mineraler kan man utvikle forskjellige mangelsykdommer (Store medisinske leksikon, 2018). Eksempler på mangelsykdommer er anemi forårsaket av vitamin B12-, jern- eller folatmangel, struma fra jodmangel, skjorbuk fra vitamin C-mangel og knokkelsykdommer fra mangel på vitamin D (NHI, 2018a; NHI, 2018b; NHI, 2018c; NHI, 2018d; NHI, 2018e; Lande, 2018). Mone E. Sæland fant i sin kartlegging (2014, s.54-55) at samtlige rusmisbrukere i Osloområdet hadde lave verdier av vitamin B12, B1, B6, A, E, D, C og folat (B9).

I tillegg til overnevnte mangelsykdommene kan mangel på vitale vitaminer og mineraler føre til nedsatt og redusert immunforsvar (Store medisinske leksikon, 2018). Ernæring er en viktig determinant for immunrespons, og under- og feilernæring er den vanligste årsaken til immunfeil og svikt over hele verden (Chandra, 1997). Det behøver ikke å være store mangler i kosten for at immunsystemet skal påvirkes.

Mangel på enkelte næringsstoffer kan også resultere i endrede immunresponser. Dette observeres selv når mangeltilstanden er relativt mild. Noen mikronæringsstoffer som er viktig

for god og riktig immunrespons, er: sink, selen, jern, kobber, vitamin A, C, E og B-6, og folinsyre.

3.0 Metode

Når det skulle velges metode i denne oppgaven måtte det vurderes hvilken framgangsmåte som ville fungere best i møte med de forskjellige respondentene. Hvilke metoder ville få fram synspunkter som kunne belyse problemstillingen og få fram informasjon om hva brukergruppen mente var viktig? Valget falt dermed raskt på kvalitativ metode. Etter videre samtaler med ansatte og ledere ble det også besluttet å legge inn noen kvantitative spørsmål i intervjuet slik at man hadde et holdepunkt til å kategorisere respondentene.

De første besøkene som ble gjort til MO-Nesttun viste at det også var mye informasjon å hente fra observasjon og det ble dermed lagt til som metode.

3.1 Kvalitativ undersøkelse

Kvalitativ undersøkelse er en metode for å skaffe kunnskap om meninger, erfaringer og hendelser intervjuobjektet har knyttet til et tema. Det handler mer om hvorfor, hvordan og hva, enn hvor ofte og hvor mange (Fangen, 2015). Dette fordi kvalitativ metode brukes når man ønsker å samle inn data om individuelle opplevelser av noe og hvilke faktorer som påvirker opplevelsen til den enkelte (Jacobsen, 2010). Datainnsamlingen vil foregå gjennom samtaler/intervjuer og skriftlig uttrykkelse fra respondentene. Denne metoden er mer brukt i undersøkelser med få respondenter ettersom det generer en større datamengde som skal gjennomgås og tolkes i ettertid (Fangen, 2015). Innen forskning brukes kvalitativ metode ofte for å underbygge og framheve kvantitative funn og forsøke å belyse årsakene bak.

I denne oppgaven benyttes det kvalitativ metode ved gjennomføring av intervju av respondentene. Intervjuene som er gjennomført er gjort gjennom delvis standardiserte spørsmål i en samtale framfor et strukturert intervju, da det kan være utfordrende å gjennomføre med denne målgruppen.

Styrker ved bruk av kvalitativ undersøkelse er at man får innblikk i respondentens syn og tanker om en sak, framfor et generelt overblikk over omfang og bredde (Fangen, 2015;

Christoffersen & Johannesen, 2012, s. 117-18). En utfordring ved denne metoden er at det kan være vanskelig å opprettholde respondentenes anonymitet og integritet både under intervjuet og ved analysen av dataene i ettertid (Fangen, 2015).

3.1.1 Studiegruppe og forsøksdesign

Studiegruppen det tas for seg i denne oppgaven er som tidligere nevnt, personer med rusmiddelproblemer som benytter seg av lavterskeltilbud i form av mottakssentre i Bergensområdet, mer spesifisert, MO-Nesttun. Målet har vært å kartlegge deres syn på og bruk av mattilbudet som finnes ved sentrene. For å få et grunnlag for hvordan man burde møte brukerne og hvordan og hvilken type spørsmål de burde stilles, ble det gjennomført intervjuer under på epost og samtaler med de ansatte (vedlegg 4), samt flere besøk i forkant. Alle spørsmålene som er brukt under intervjuene er utformet i samarbeid med en medstudent og dermed en annen oppgave. Dermed er ikke alle spørsmålene like relevant for denne oppgaven.

Etter å ha gjennomgått dataene som ble innhentet fra de ansatte, ble intervjuguiden til brukerne utarbeidet (vedlegg 3). Det ble besluttet å holde det kortfattet og konsist da noen av brukerne har redusert konsentrasjon og kunne oppleves som oppgitt og lei dersom ting tok for lang tid eller ble for komplisert. Det ble ikke satt noen kriterier for alder, kjønn, foretrukket rusmiddel eller antall på forhånd. Dette fordi det ville ha lite å si for oppgaven og kunne være vanskelig å finne brukere som passet kriteriene, da det er en uforutsigbar gruppe. Intervjuene skulle gjennomføres i form av semistrukturerte intervju i oppholdsrommet på senteret, slik at det ikke skapte utrygghet for hverken bruker eller intervjuer.

3.3 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode er en undersøkelsesform som forankrer dataene til spesifikke variabler, og dermed standardiserer datainnsamling. Dette kan eksempelvis gjøres via svaralternativer til spørsmålene, framfor åpne spørsmål med åpne svar (Befring, 2015). Dette gjør at dataene kan uttrykkes i tallverdier og vises i form av grafiske figurer, tabeller eller statistiske mål, som eksempelvis gjennomsnitt og variasjon. Det er også mulig å gjennomføre en kvantitativ

analyse av kvalitativ data gjennom sortering og kategorisering av resultatene fra dataene (Befring, 2015).

I denne oppgaven vil den kvantitative analysen bestå av statistikk innhentet fra senteret, som blant annet omhandler besøksantall, utstyrsutlevering, kjønnsfordeling og bruk av «Friskrommet» (vedlegg 5). Det vil også bli analysert data fra de kvalitative intervjuene, hvor det ble oppgitt svaralternativer for respondentene. Dette ble gjort for spørsmål som ikke ga mye innsikt, men heller ble brukt til å kategorisere respondentene, dersom det skulle oppstå et slikt behov under drøfting og sammenligningen av data.

En av styrkene ved kvantitativ metode er at man kan hente inn store mengder data fra mange intervjuobjekter uten at det fører til stor økning i tolkningsarbeidet i ettertid (Befring, 2015). Måten dataen hentes inn gjør at man kan sortere og kategorisere svarene og videre plassere de i tabeller og grafer. Dette kan føre til at det blir lettere å formidle resultatene da det blir presentert på en mer visuell måte, enn teoretisk. En svakhet ved kvantitativt arbeid er at det ofte arbeider på overflaten av et tema og ikke får fram dypere meninger og synspunkt hos de som blir intervjuet (Befring, 2015). Det kan oppstå spørsmål hvor svaralternativene er for generelle og intervjuobjektene ikke føler de får svart slik de ønsker. Slike tilfeller gjør også at man ikke får et reelt bilde på brukergruppens opplevelser og ønsker.

3.5 Etikk og godkjenning av metode

Oppgavens metode og håndtering av personopplysninger ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata, NSD (vedlegg 1; vedlegg 2). Oppgaven og intervjuene er gjennomført ut ifra deres retningslinjer for håndtering av personsensitive opplysninger (NSD, 2018a; NSD, 2018b).

Alle respondentene ble gitt muntlig og skriftlig informasjon om hva oppgaven de skulle delta i gikk ut på, og det ble gitt skriftlig samtykke (Vedlegg). Det ble informert om at innsamlede data ville bli anonymisert og ikke kunne bli sporet tilbake til kilden. Det ble presisert at dataene de bidro med, utelukkende ville bli brukt i sammenheng med denne oppgaven og ville ikke bli videreformidlet til andre aktører. De ble informert om at svarene deres ikke ville bli videreformidlet til andre personer ved mottakssenteret, bruker eller ansatt, og at de når som helst kunne trekke samtykket om de ikke lenger ønsket å ta del i oppgaven.

3.6 Datainnsamling

Datainnsamlingen har foregått via besøk til MO-senteret, samt epost og møter med andre aktuelle respondenter. Intervju av leder og ansatte har foregått over epost, da dette var lettere å gjennomføre for alle parter. Dette førte til at man ikke fikk samme mulighet til å stille oppfølgings spørsmål direkte, men måtte gjøre det i ettertid via epost. Epostintervjuene førte likevel til at man fikk fram den informasjonen man ønsket og de ansatte fikk mulighet til å utdype de temaene de følte burde vektlegges. Epostintervjuene ble gjennomført før samtaler med brukerne slik at det eksisterte et bilde på hva som burde spørres om, og hva man kunne unngå. Dette førte til at man kunne korte ned og spisse spørsmålene slik at det ble lettere å intervju brukerne.

Intervjuene med brukerne ble gjennomført via semistrukturerte samtaler, hvor man satt seg ned med de der de var, og startet rolig ved å la de prate og fortelle det de ønsket før man stilte spørsmål.

4.0 Resultat

4.1 Ansatte

I dette avsnittet blir det presentert dataene som er blitt innsamlet gjennom samtaler og strukturerte, skriftlige e-postintervju med de ansatte ved mottakssenteret på Nesttun. Det ble intervjuet 4 respondenter til denne delen. Svarene som kommer fram i denne delen er subjektive for personen som er intervjuet og reflekterer ikke synspunktene som Bergen Kommune har i forhold til dette tema.

4.1.1 De ansattes opplevelse av MO-Nesttun

Respondentene er enige i at MO-Nesttun oppleves som et positivt tilbud med varierende aktiviteter til brukerne. En respondent trekker fram senterets brukermedvirkning som en av årsakene til at senteret oppleves som positivt. Det at brukerne kan komme med ønsker til mat, forslag til aktiviteter, innspill til møblering, farger og lignende, gjør at brukerne føler seg trygg og verdsatt. At alle fellesområdene, stue, spisestue og kjøkken har en åpen løsning er en utforming som virker å fungere godt for både brukere og ansatte.

En respondent oppsummerer styrkene til MO-senteret i setningen «Å være en sosial møteplass for fellesskap og tilhørighet. Skadereduserende i forhold til reint brukerstyr, opplysning om hygiene, helsehjelp og ernæring» Videre påpeker respondenten at ernæring er viktig i jobben, da «sår gror bedre på rett ernæring og psykisk helse er bedre på mer stabilt blodsukker».

4.1.2 De ansattes oppfatning av hvilke faktorer som trekker brukerne til senteret

Foruten brukermedvirkningen som ble nevnt av en respondent under opplevelse av MO-Nesttun, mener respondentene at de ulike tilbudene, anerkjennelsen og verdigheten de føler i møte med de ansatte vil være viktige. «Et av de viktigste redskapene er å ha dedikerte ansatte som virkelig bryr seg». Det stiller heller ingen krav til edruelighet av brukerne, så de kan komme som de er. 3 av 4 respondenter trekker fram maten og den trygge sosiale møteplassen som en potensielt viktig faktor for å tiltrekke brukere til mottakssenteret.

En annen innvirkende faktor de mener er framtreddende er utstyrsutleveringen fra senteret. Tall fra rapportene deres viser at det i gjennomsnitt ble utlevert 5117 sprøyter og 5897 kanyler per måned i året 2018. En respondent trekker også fram utlevering av LAR-medisin i etasjen over som en viktig bidragsyter. Dette mente respondentene blir synliggjort på de dagene hvor utleveringen av LAR-medisin er stengt, og oppmøtet reduseres betydelig.

4.1.3 De ansattes oppfatning av brukernes opplevelse av mattilbudet

En respondent forteller at de stort sett får gode tilbakemeldinger på maten. «Maten smaker godt», «Skikkelig hjemmelaget», «Appetittlig», «Fersk», «Variert» og lignende tilbakemeldinger er begrep som går igjen. En respondent opplyser at det hender selvfølgelig at det dukker opp brukere som er negativ til maten og mener de «kunne laget bedre selv», eller «det er bortkastet tid», men det er heller sjeldent.

Når det kommer til hvilket måltid som er mest populært er det en del usikkerhet blant respondentene. 3 av 4 mener frokost og muligens lunsj er de måltidene som utmerker seg med mest oppmøte. Den siste respondenten trekker fram at det hovedsakelig er den varme middagen det uttrykkes mest glede og takknemlighet over.

«Selv om det er vanskelig å beregne mat, da man ikke vet hvor mange brukere som dukker opp de forskjellige dagene, pleier det alltid å være nok mat til alle. Dersom det serveres mat

noen ikke liker eller ikke kan spise har vi alltid gryn og brødsriver de kan få». Dette mener respondenten at har blitt tatt godt imot, spesielt i oppstartsfasen av månedsplanene med en vegetarrett i uken, da dette ble tatt imot med skepsis. I ettertid merker respondentene at brukerne har blitt svært positive til vegetarrettene og andre kreative innspill i menyen. Et annet konsept som har fått god respons fra brukerne er temamener, som dager hvor et spesifikt land eller en spesifikk ingrediens er i fokus.

4.1.4 De ansattes fokus på informasjon om måltidene

Respondentene forteller at det er senteret selv som bestemmer menyen og bestiller maten som trengs. Ved spørsmål om de følger noen retningslinjer i sammenheng med utvikling av meny forteller de at de følger Helsedirektoratets anbefalinger for et næringsrikt og variert kosthold med fokus på grønnsaker, frukt, bær, grove kornprodukter, fisk og kjøtt. Respondentene forteller at de har to fiskemåltider i uken, samt en kjøttfri dag. Når det kommer til meieriprodukter sier respondentene at de ikke følger anbefalingene om magrere produkter, men fokuserer på å bruke smør, seterrømme hel-melk og fløte i de rettene det er mulig.

I tillegg til å fokusere på sunn mat forteller en respondent at de har temauker, og dager hvor de setter ekstra fokus på ulike temaer i sammenheng med maten. Ved disse anledningene trykker de opp infoskriv om den forskjellige maten og hvorfor den er bra for kroppen.

Eksempler på temaer de har hatt tidligere er antioksidanter, psykisk helse og mat, hjernemat, urter og fisk.

4.2 Brukere

I dette avsnittet presenteres dataene som er blitt innsamlet gjennom semistrukturerte samtaler med brukerne ved mottakssenteret på Nesttun. Det ble intervjuet 3 respondenter til denne delen.

4.2.1 Brukernes opplevelse av MO-Nesttun

2 respondenter oppgir at de besøker senteret 5-6 dager i uken. Den tredje oppgir at h*n benytter seg av senteret 2-3 dager i uken. En respondent oppgir at de liker senteret fordi det er

så mange flinke ansatte, som ser personen og ikke bare en rusmisbruker. En annen respondent sier at den liker den sosiale biten av MO-senteret mest. Alle respondentene forteller at de liker å komme til mottakssenteret for å få et avbrekk i hverdagen. Ordene som brukes for å beskrive senteret er utelukkende positive. Respondentene roser de ansatte for måten de møter brukerne på og forteller at det er kjekt å kunne slappe av der.

4.2.2 Hva trekker brukerne til senteret?

Til spørsmålet om hva de pleier å gjøre på mottakssenteret og hvorfor de benytter seg av dette tilbudet, er alle respondentene enige i, og klare på, at de i hovedsak kommer for det sosiale. De trekker fram de gode samtalene med de ansatte, kameratskapet brukerne imellom og den trygge atmosfæren. Det kommer også fram hos respondentene at de bruker senteret i sammenheng med utlevering av medisin til LAR-behandling i samme bygg. En respondent gir en gjennomgang av hvordan dagene pleier å se ut når h*n er på mottakssenteret. Det ser eksempelvis slik ut: «Jeg henter medisin i andre etasje, også kommer jeg ned her. Så spiser vi litt, snakker med de ansatte og bruker datamaskinen. Vi har ikke det hjemme skjønner du».

En respondent forklarer at h*n bare er innom senteret 2-3 ganger i uken, og at dette er fordi h*n får utlevert medisin da og ikke orker å dra innom senteret uten å ha ærend i området. Etter hvert kommer det fram at samtlige respondenter blir påvirket av mattilbudet. De forteller at de gjerne kan finne på å ta turen innom ens ærend for å spise mat dersom de befinner seg i nærheten.

4.2.3 Brukernes opplevelse av mattilbudet

En respondent uttrykker at maten alltid er «Den er knallgod! Ordentlig hjemmelaget mat. Får ikke det så ofte». En annen respondent sier seg enig og skryter av de ansatte som tilbereder og stiller i stand til måltidene. Om maten uttrykte h*n «Masse god mat! Liker når de har temakvelder og vegetarmaten er overraskende god! Det kunne jeg godt spist oftere». Respondentene er enige i at maten er bedre enn forventet og alltid er bra. «Den ser ikke alltid like god ut» lo en respondent, «men det er alltid godt». Likevel oppga brukeren at h*n helst spiser hjemme i fred og ro, men optimalt ville fått i seg mat intravenøst om det var mulig.

En respondent uttrykker glede over å kunne bli med å bestemme meny. Brukeren liker også at de under temakvelder og ellers, kan få en kort innføring i matretten og hvorfor det er godt for kroppen. Her er de andre respondentene enige og de forteller at de synes det er kjekt å lære mer om maten de spiser. De forteller også at det alltid er rikelig med mat.

4.2.4 Matvaner utenfor MO-senteret

Respondentene oppgir at de hovedsakelig spiser enkel mat som enten er ferdig, eller rask å tilberede. «Nei da blir det enkelt. Toro, Grandis og Fjordland. Orker ikke styre» og «Pølser og pizza. Annet tar for lang tid» uttaler et par av respondentene. Til spørsmål om hvor ofte de spiser mat utenfor senteret svarte alle respondentene enkelt med «Middag». Ved oppfølgingsspørsmål om hvorfor de velger å bare spise middag utenfor senteret, fortalte de at det er fordi de enten har spist på senteret tidligere på dagen, eller ikke har hatt lyst på-, eller hatt tid til å lage mat.

2 av respondentene fortalte at de ofte kunne tenke seg å spise noe mat, men de har ikke energi eller lysten til å skulle lage noe selv. Om de da har noe lett tilgjengelig så velger de det, ellers går de gjerne uten mat.

4.2.5 Bruk av «Friskrommet»

En respondent forteller at h*n bruker friskrommet omtrent hver gang h*n er der, som tilsvarer 2-3 dager i uken. De to andre respondenten forteller at de gjerne bruker det omtrent hver 14. dag. De er alle enige i at det er et godt tilbud å ha dersom man får behov for det.

4.3 Statistikk fra Mottakssenteret

I 2018 hadde mottakssenteret i gjennomsnitt 887 besøk per måned som bestod av omtrentlig 147 unike brukere. Det ble utdelt ca. 5117 sprøyter, 5897 kanyler og 361 røykefolier per måned. Kjønnfordelingen gjennomsnittlig lå på 24% kvinner og 76% menn. Konsultasjoner på helserommet, også kjent som «Friskrommet», hadde et gjennomsnitt på 69 per måned, som tilsvarer en rate på 8%.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet skal det drøftes funn fra gjennomførte intervju opp mot relevant teori for å forsøke å svare på problemstillingene:

«Hvordan kan lavterskeltilbud med fokus på kosthold påvirke ernæringsstatus og dermed helsen til personer med rusmiddelproblemer i bergensområdet?»

«Hvordan kan lavterskeltilbud med fokus på ernæringsformidling påvirke kostholdsvanene til personer med rusmiddelproblemer i bergensområdet?»

5.1 Lavterskeltilbud

Helse- og omsorgsdepartementets opptrappingsplan for rusfeltet 2016-2020 (2015-2016, s.39) foreslår at opptrapping i rusomsorgen, i stor grad bør innebære at lavterskeltilbud skal opprettes i alle landets kommuner, hvor det må legges vekt på at brukerne skal kunne møtes på en human måte, og få den hjelpen og støtten de trenger uten kravet om å være rusfri. Dette behovet kommer fram i tall knyttet til behandlingstilbud med fokus på å rehabilitere og gjøre brukerne rusfri. Her ser man at det er mange frafall fra behandlingstilbudene, samt at mange av de som skrives inn i tilbudene er personer som har vært innom tidligere. MO-Nesttun setter ingen krav til at deltagerne må være rusfri, men de setter et krav om at man ikke skal ruse seg på stedet. Om brukerne dukker opp ruset, er de like velkommen som de som kommer i nøktern tilstand. Brukerne får tilbud om samtaler, helsetilsyn, datahjelp, opptil tre måltider for dagen og en sosial møteplass.

Både brukerne, de ansatte og statistikken tegner et bilde om at senteret er populært og flere respondenter mener at dette gjerne skyldes nettopp det at brukerne kan «komme som de er» og bli tatt godt imot av de ansatte. En annen årsak til at nettopp dette senteret er en suksess kan være brukermedvirkningen de har valgt å fokusere på, hvor brukerne får ta del i praktisk og fysisk utforming av senteret. Dette kan skje i form av maling av vegger, dekorering av fellesområder og innvirkning på menyvalg. Et annet aspekt de fokuserer på som kan virke lukrativt for brukerne er de sosiale tilstelningene de ordner til, som eksempelvis «Nesten-festival» (Facebook, 2019). Festivalen holdes på parkeringsplassen til senteret, hvor de har innslag fra brukerne, en kjent musiker og servering av mat. Festivalen er åpen for alle og fører

brukere og personer i nærområdet tettere sammen. Dette er tiltenkt slik at brukerne skal få en større tilhørighet til lokalområdet og ikke bare senteret i seg selv.

MO-senteret er som tidligere nevnt, godt besøkt, og brukerne begrunner sine besøk hovedsakelig i det sosiale, «avbrekk», «slappe av», «LAR», «PC», men også maten. Senteret bidrar til å skape samhold og kameratskap brukere imellom og i lokalmiljøet.

De ansatte ved MO-Nesttun forteller at utlevering av rent brukerutstyr er et populært tilbud hos dem. Dette gjenspeiles i statistikken for enheter utlevert. Målet bak dette tilbudet er å virke skadeforebyggende i form av å hindre infeksjoner og kryss-smitte via gjenbruk og veksling av utstyr blant brukerne. De ansatte fokuserer også på å hjelpe brukerne å forstå viktigheten av hygiene og renslighet i sammenheng med narkotikabruk. Noen infeksjoner som kan oppstå ved bruk av skittent utstyr og deling på utstyr er hepatitt A, B og C samt hivinfeksjon (Folkehelseinstituttet, 2010).

5.2 Ernæring og kosthold

Om man er rusmiddelavhengig eller ikke, vil det å ikke få i seg nok næring kunne føre til under- og feilernæring, som igjen kan gi flere typer mangelsykdommer og tilstander (store medisinske leksikon, 2018). Det er stor enighet om at underernæring hos rusmisbrukere kan få fatale konsekvenser da det potensielt kan føre til nedsatt immunforsvar, som videre kan føre til redusert motstand mot allerede påførte infeksjoner, samt nedsatt resistens mot nye (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015.2016, s.12). En næringsrik og energitett kost som er persontilpasset vil etter tid kunne motvirke effektene av en potensiell underernæringsdiagnose og bedre ernæringsstatus.

Respondentene i utførte intervjuer forteller at de ofte spiser mindre enn de vet de burde og at kosten utenfor mottakssenteret ofte kan være ensidig, næringsfattig og kaloritett.

Respondentene har trukket fram «tilgjengelighet» til mat og «ork» som viktige faktorer for ikke å få i seg tilstrekkelig og næringsrik mat. De forteller at det ofte er dårlig tid, liten energi eller latskap som gjør at de ikke orker å lage mat og derfor velger raske løsninger eller ofte å ikke spiser i det hele tatt. Sunn og næringsrik mat er nettopp noe av det MO-Nesttun tilbyr. Samtidig ser man at åpningstidene til slike sentre har vært et hinder for personer med rusmiddelproblemer, og de får ikke alltid muligheten til å benytte seg av mattilbudet (Sæland, 2014). Det er ikke gjennomført kvantitative undersøkelser spesifikt for MO-Nesttun, om deres

mattilbud fører til en bedring i ernæringsstatus og helsetilstand hos brukene. Respondentene i denne oppgaven beskriver imidlertid at maten er en viktig del av det som trekker de mot senteret.

Respondentene i denne oppgaven har ikke uttalt seg om mattilbudet på mottakssentrene har hatt en effekt på deres helse. Det kommer likevel fram at de selv har inntrykk av at maten på senteret er sunnere og mer næringsrik, og at de ofte spiser mer når de er på senteret. Forskning viser at et sunt og variert kosthold er viktig for å opprettholde normal funksjon og immunforsvar, spesielt når det gjelder risikogrupper som målgruppen i denne oppgaven (NHI, 2019).

Senterets fokus på ernæringsformidling blir trukket fram av brukerne som interessant og nyttig. De forteller at det er spennende å lære mer om hvorfor ulike matvaregrupper er viktig for kroppen og hvordan de påvirker både det fysiske og mentale. Hos brukerne kan man se en jevnt over forståelse av at maten de selv velger å kjøpe og spise utenfor senteret ikke alltid er den som er mest gunstig for de i et ernæringsperspektiv. De viser forståelse for hva de kan bedre seg på og forklarer hvorfor dette ikke alltid fungerer i praksis. Studier viser at flertallet har en god forståelse for hvilke typer mat som er bedre for de enn andre, men fåtallet kan svare på hvorfor det er slik (Vanstone, M., Rewegan, A., Brundisini, F., Giacomini, M., Kandasamy, S., & DeJean, D., 2016). Undersøkelser tyder på at de samme menneskene, med større innsikt i hva som gjør at maten muligens er ufordelaktig for dem, vil kunne ta bedre og mer reflekterte valg i sammenheng med kostholdet sitt.

I tillegg til årsaker som brukerne nevner som faktorer for å spise lite utenom måltidene på mottakssenteret, vet man at mange rusmidler kan føre til en nedsatt appetitt hos brukeren (Khalsa, et.al, 2008). Det er også påvist at det å ha en rusmiddelavhengighet ofte fører til at personer velger rusen framfor andre viktige komponenter, blant annet næring og sosiale relasjoner (Folkehelseinstituttet, 2014). Det finnes derimot mange måter å lure kroppen på og øke appetitt og matinntaket på. Eksempelvis kan «medspising», det å spise sammen med noen, føre til at man spiser mer under måltider (Helsedirektoratet, 2012). Det er også mulig å påvirke appetitt og matinntak gjennom å manipulere kroppen med eksempelvis matlukt. Dette vil kunne påvirke den hedoniske sulten som er knyttet til glede og nytelse. (LHL, 2018). Gjennom å manipulere den hedoniske appetitten vil en person kunne føle for å spise selv om de ikke er sulten. Disse formene for appetittfremming vil kunne være fordelaktig for en målgruppe som er utsatt for underernæring. På MO-Nesttun foregår alle måltidene ved

spisebordet, som er i åpen løsning med både kjøkken og stue. Man vil derfor alltid være i selskap når man spiser, og matlukten vil kjennes i hele lokalet.

5.3 Helse

Tidligere utførte studier tyder på at Norges befolkning anser at begrepet helse omfatter mer enn fravær av sykdom, men er et helhetlig begrep om å ha det godt (Fugelli, et. al., 2001). Man kan derfor si at menneskers fysiske og psykiske helse påvirkes av mange faktorer relatert, eller urelatert til fravær av sykdom. I slik sammenheng kan sosial støtte, medvirkning, deltagelse og tillit være viktige bidragsyttere for å framme god helse (Barstad & Sandvik, 2015, s.10). En av faktorene som stiller sterkt er sammenhengen mellom god helse og relasjoner (Cacioppo og Patrick 2008). Knyttede bånd med andre mennesker i samfunnet kan føre til opplevd tilhørighet og videre sosialt samvær. Dette fører med seg aksept, inkludering og fellesskap. En eventuell manglende følelse av tilhørighet og lite sosialt samvær kan føre til opplevd ensomhet, som er en kjent risikofaktor for dårlig helse. Brukere og ansatte ved MO-Nesttun framhever at senteret er med på å skape sosiale relasjoner og fellesskap.

Når man ser på helse som et større begrep enn fravær av sykdom, kommer man ikke unna det faktum at et eventuelt sykdomsbilde vil kunne sette begrensninger for andre helsepåvirkende faktorer, som eksempelvis sosialt samvær (Barstad, et.al., 2015, s.30). Dersom man er svekket psykisk eller fysisk grunnet sykdom, vil det kunne skape en barriere for å delta i samfunnet og opprettholde sosiale relasjoner. Helserisikoer som er framtreddende for målgruppen i denne oppgaven, basert på tidligere forskning og uttalelser fra ansatte og brukere med mottakssenter, er underernæring som kan føre til varierende tilstander og mangelsykdommer og infeksjoner som bunner i bruk og deling av skittent brukerutstyr.

5.5 Styrker og svakheter i valg av metode

I denne oppgaven var en opprinnelig plan å benytte seg av kvalitative intervju, kvantitativ analyse og deltagende observasjon. Det var ønskelig å benytte seg av deltagende observasjon for å få et riktigere bilde på hvor mye og ofte enkelte brukere spiste, samt samhandlingen mellom bruker og ansatt. Etter samtaler med norsk senter for forskningsdata ble det bestemt å ikke bruke observasjon av brukere som metode.

Fordelen ved å ha brukt kvalitativ metode i denne oppgaven er at man får fram alle de forskjellige respondentenes synspunkt og opplevelser på et dypere nivå enn gjennom en kvantitativ tilnærming. Denne metoden har også gjort at intervjuobjektene har kunnet formidle den informasjonen de mener er viktig for dem selv, deres situasjon og for tema i oppgaven. Kvalitative undersøkelser gjorde det også mulig å komme med oppfølgingsspørsmål dersom man følte at det var mer relevant informasjon å hente ut eller klare opp. Respondentene uttrykte at de likte måten vi intervjuet de og at det handlet om hva de ønsket og tenkte. De utalte at de følte seg hørt.

En svakhet og ulempe ved bruk av kvalitativ metode i denne oppgaven har vært kommunikasjonsproblemer mellom intervjuer og målgruppen rusmisbrukere. Dette har nødvendigvis ikke noe med valg av metode, men heller sinnsstemningen til respondentene under intervjuene. Dette førte til økt tidsbruk per respondent da spørsmålene ofte måtte stilles flere ganger og objektene måtte styres inn på tema da de fort kom over på andre ting og ble distraheret lett.

I denne oppgaven er de kvantitative spørsmålene få, og har som mål å bare gå på overflaten. Dette fordi det er spørsmål som fra et kvalitativt ståsted ville gått for mye inn på personlige erfaringer og opplysninger. Dette var ikke et ønske og informasjonen ble bare brukt til å fordele svarene i kategori.

6.0 Konklusjon

Mottakssenteret på Nesttun fokuserer mye på å formidle kunnskap om maten til brukerne sine, dette blir også godt tatt imot av brukerne som synes det er spennende å lære mer om kroppen og kosthold. Informasjon som er blitt oppgitt om brukernes kosthold tyder likevel på at denne ernæringsformidlingen gjerne ikke har en direkte effekt på valgene brukerne tar for eget kosthold. Dette kan imidlertid bare sies om respondentene i denne oppgaven da andelen er for liten til å konkludere for alle personer med rusmiddelproblemer i Bergensområdet.

Når det angår ernæringsstatus og helsen til personer med rusmiddelproblemer i bergensområdet er det for få respondenter og for lite spesifikt informasjon og matinntak og status ved og utenfor sentrene til å kunne konkludere for hele gruppen av personer med rusmiddelproblemer i Bergensområdet. Derimot ser man at respondentene i denne oppgaven

oppgir de at de utenfor senteret ville valgt å ikke spise, eller spise lite og dårlig næring. Det kan dermed tenkes at disse personene, gjennom å benytte seg av senterets mattilbud vil kunne bedre deres egen ernæringsstatusen og dermed helsen deres.

Videre ser man at både ansatte og brukere trekker fram den sosiale biten som den viktigste og mest givende delen av senteret og at det fremmer fellesskap og samhold, som kan være en viktig påvirkningsfaktor for individuell helse. Man ser også at tilbudet om utdeling av rent brukerutstyr er godt benyttet, som vil kunne påvirke helsen til brukerne av senteret ved å beskytte mot infeksjoner og smitte. Med alt dette som grunn kan det tenkes at slike mottakssentre, som en helhet, vil kunne påvirke helsen til rusmiddelavhengige positivt.

7.0 Litteraturliste

- Andersen, E. (2018). – Rus er et samfunnsproblem. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2018/12/aktuelt-i-foreningen/rus-er-et-samfunnsproblem>
- Barstad, A. & Sandvik, L. (2015). Deltaking, støtte, tillit og tilhørighet En analyse av ulikhet i sosiale relasjoner med utgangspunkt i levekårsundersøkelsene. (Rapport nr: 2015/51). Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Befring, E. (2015, 27.04). Kvantitativ metode - Etikkom. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvantitativ-metode/>
- Bergen Kommune (2018, 29.05), Mat er mer enn du spiser. Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/etat-for-psykisk-helse-og-rustjenester/9334/article-154899>
- Bergen Kommune (2019a, 04.03), MO-senteret Nesttun. Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/mo-senteret-nesttun>
- Bergen Kommune, Lavterskeltilbud til rusavhengige. Hentet (2019b, 07.02) fra: <https://www.bergen.kommune.no/tjenestetilbud/helse/helsetjenester/habilitering-og-rehabilitering/lavterskeltilbud-til-rusavhengige>
- Bergen Kommune. (2019c, 07.05) Legemiddellassistert rehabilitering (LAR). Hentet fra: <https://www.bergen.kommune.no/innbyggerhjelpen/helse-og-omsorg/rusavhengighet/hjelp-ved-rusavhengighet/legemiddellassistert-rehabilitering-lar>
- Bramness, J. G. (2018). Hva er Avhengighet. Oslo: Universitetsforlaget.
- Braut, G. S. (2018, 29.05). Helse. Hentet fra: <https://sml.snl.no/helse>
- Cacioppo, J. T. og Cacioppo, S. (2014). *Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation*. Soc Personal Psychol Compass, 8(2), 58–72
- Chandra, R. K. (1997). Nutrition and the immune system: an introduction. *The American Journal of Clinical Nutrition*, årgang 2 (hefte 44.), s.4460-463. Hentet fra: <https://doi.org/10.1093/ajcn/66.2.460S>
- Christoffersen, L. & Johannessen, A. (2012) *Forskningsmetode for lærerutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Facebook. (2019). hentet fra: <https://www.facebook.com/monesttun/photos/a.900377640021500/2273794622679788/?type=3&theater>
- Fangen, K. (2015, 17.06). Kvalitativ metode - Etikkom. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>
- Folkehelseinstituttet. (2010, 22.02). Personer som tar stoff med sprøyter og smittevern – veileder for helsepersonell. Hentet fra:

- <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/temakapitler/personer-stoff-med-sproyter/>
- Folkehelseinstituttet. (2014, 30.06). Rusbrukslidelser i Norge. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/ruslidelser/#skadelig-bruk-og-avhengighet-av-illegale-rusmidler>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 18.09). Behandling for narkotikaproblemer i spesialhelsetjenesten. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/tiltak-og-behandling/behandling-for-narkotikaproblemer-i-spesialisthelsetjenesten/>
- Fugelli, P. & Ingstad, B. (2001, 10.12). Helse – slik folk ser det. Tidsskriftet den Norske legeforening (121) 3600-4. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/helse-slik-folk-ser-det>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015-2016). *Proposisjon til Stortinget: Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016–2020*. (Prop. 15 S). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012) *Kosthåndboken: veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal overdosestrategi – 2019-2022* (17/3829-92). Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/405ff92c06e34a9e93e92149ad616806/20190320_nasjonal_overdosestrategi_2019-2022.pdf
- Jacobsen, D. I. (2010). 2. utg. *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jeynes, K., & Gibson, E. (2017). The importance of nutrition in aiding recovery from substance use disorders: A review. *Drug And Alcohol Dependence*, 179, 229-239. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.07.006
- Kierkegaard S. (1994). *Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. I: Kierkegaard S. Samlede værker. Bd. 18*. København: Gyldendal.
- Khalsa, J., Treisman, G., McCance-Katz, E., & Tedaldi, E. (2008). Medical Consequences of Drug Abuse and Co-Occurring Infections: Research at the National Institute on Drug Abuse. *Substance Abuse*, 29(3), 5-16. doi: 10.1080/08897070802218661
- Lande, B. (2018, 20.02). Skjørbuk. Hentet fra: <https://sml.sn.no/skj%C3%B8rbuk>
- LHL. (2018, 22.01). Slik blir du kvitt søtsuget. Hentet fra: <https://www.lhl.no/overvekt-og-livsstil/slik-blir-du-kvitt-sotsuget/>
- Malt, U. (2019, 22.02). Psykose. Hentet fra: <https://sml.sn.no/psykose>
- Marcos, A., Nova, E., & Montero, A. (2003). Changes in the immune system are conditioned by nutrition. *European Journal Of Clinical Nutrition*, 57(S1), S66-S69. doi: 10.1038/sj.ejcn.1601819
- Mørland, J., Dietrichs, E. S. (2019, 30.04). Rusmidler. Hentet fra: <https://sml.sn.no/rusmidler>

- NHI. (2018a, 08.05). Mangel på Vitamin B12. Hentet fra:
<https://nhi.no/sykdommer/blod/anemier/vitamin-b12-mangel/?page=1>
- NHI (2018b, 04.06). Folatmangel. Hentet fra:
<https://nhi.no/sykdommer/blod/anemier/folatmangel/?page=1>
- NHI (2018c, 28.12). Jernmangelanemi. Hentet fra:
<https://nhi.no/sykdommer/blod/anemier/jernmangelanemi/>
- NHI (2018d,16.08). Jodmangel. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/naring-og-vitaminer/jodmangel/>
- NHI (2018e, 12.07). Vitamin D-mangel. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/hormoner-og-naring/naring-og-vitaminer/vitamin-d-mangel/>
- NHI (2019, 14.01). Sunt kosthold. Hentet fra: <https://nhi.no/kosthold/ernaring/sunt-kosthold/>
- Norsk senter for forskningsdata. (2018a, 28.06) Forskning på sårbare grupper. Hentet fra:
https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/saarbare_grupper.html?fbclid=IwAR1I7s5B8AoL0vwsYt5Mnnz1z1K8--_jBgZEENCCU_gfEKXUY-DcGh0ZaZA
- Norsk senter for forskningsdata. (2018b, 10.08) Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse. Hentet fra:
https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/pasienter_brukere.html?fbclid=IwAR3WFP-T-CFHlxKBDkEcpD1ON0omJRF9M3AmJS-961Ta-gcdNwMX4VYT4H0
- Oslo universitetssykehus. (2017, 05.01). Avhengighet - Faktaark. Hentet fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rettsmedisinske-fag/alkohol-og-rusmidler/avhengighet-faktaark>
- Store medisinske leksikon. (2018, 22.11). Underernæring. Hentet (18.02.2019) fra:
<https://sml.snl.no/underern%C3%A6ring>
- Sæland, M. E., Haugen, M., Eriksen, F-L., Smehaugen, A., Wandel, M., Böhmer, T., Oshaug, A. (2009). Living as a drug addict in Oslo, Norway – a study focusing on nutrition and health. *Public Health Nutrition*, 12(5), s.630-636. Hentet fra:
<https://doi.org/10.1017/S1368980008002553>
- Sæland, M. E. (2014). *Eating on the Edge. A study focusing on dietary habits and nutritional status among illicit drug addicts in Oslo, Norway* (Doktoravhandling, University of Oslo). Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/38902>
- Verdens helseorganisasjon. (2014). Basic documents. Hentet fra:
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>
- Vanstone, M., Rewegan, A., Brundisini, F., Giacomini, M., Kandasamy, S., & DeJean, D. (2016). Diet modification challenges faced by marginalized and nonmarginalized adults with type 2 diabetes: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Chronic Illness*, 13(3), 217-235. doi: 10.1177/1742395316675024
- Waal, H., Bussesund, K., Clausen T., Lillevold, P. H., Skeie, I. (2018) *Statusrapport 2017 – LAR 2018*. Universitetet i Oslo: Senter for rus og avhengighetsforskning. Hentet fra:
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2018/seraf-rapport-nr-3-2018-statusrapport-2017.pdf>

Øverland, A. (1937). *Den røde front*. Oslo: Tiden

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1 - Samtykkeskjema

Vil du delta i Bacheloroppgaven om *Ernæring og rusmiddelavhengighet?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilken innvirkning kosthold og ernæring har på hverdagen og helsen til personer med rusmiddelproblemer. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med denne bacheloroppgaven er å undersøke om kosthold- og ernæringskunnskap hos personer med rusmiddelproblemer vil kunne ha en innvirkning på helsen deres og valgene de tar. Det skal i oppgaven samles inn data fra målgruppen, samt ansatte ved mottakssentre som jobber tett på målgruppen.

Problemstillingene i oppgavene er som følger:

«Hvordan bidra til rehabilitering av rusmisbrukere ved å øke deres kunnskap om måltid og ernæring i forhold til helsedirektoratets retningslinjer?»

«Hvordan kan lavterskeltilbud med fokus på kosthold påvirke helsen til personer med rusmiddelproblemer i bergensområdet?»

«Hvordan kan lavterskeltilbud med fokus på ernæringsformidling påvirke kostholdsvanene til personer med rusmiddelproblemer i bergensområdet?»

Hvem er ansvarlig for Bacheloroppgaven?

Hallvard Faleide og Karoline Jensen ved Høgskulen på Vestlandet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å delta i denne oppgaven da du enten jobber i rusomsorgen eller fordi du har, eller har hatt rusmiddelproblemer. Du blir kontaktet ettersom studentene ønsker å innhente informasjon relatert til problemstillingene.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i dette prosjektet, innebærer det at du deltar i samtaler og svarer på intervju. Samtalene og intervjuene vil kunne ha en varighet på ca. 15-30 minutter. Undersøkelsene vil inneholde spørsmål om kostholdsvaner, smakspreferanser, erfaring med rus og utdanning. Dine svar fra undersøkelsene vil bli registrert skriftlig.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli ødelagt eller anonymisert ut ifra ditt ønske. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det vil bare være studentene som er direkte involvert i prosjektgruppen som har tilgang til opplysninger som blir samlet inn.
- For å forsikre oss om at personopplysningene dine blir beskyttet, vil navn og kontaktopplysningene dine erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Navnelisten vil bli passord beskyttet og kryptert.

Alle funn som beskrives i prosjektet vil bli anonymisert og ikke kunne føre til gjenkjenning.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 03.06.2019. Etter prosjektet er avsluttet vil all innsamlet rådata bli makulert og destruert.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Høgskulen på Vestlandet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- *Høgskulen på Vestlandet* – Bodil Bjørndal (Bodil.Ravneberg@hvl.no) eller Ulrike Liisberg (ulrike.liisberg@hvl.no)
- Personvernombud ved HVL – Halfdan Mellbye (personvernombud@hvl.no) eller telefon: 55 30 10 31
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Karoline Jensen

Hallvard Faleide

Bodil Bjørndal/Ulrikke Liisberg

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Ernæring og Rusmiddelavhengighet*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i form av muntlig samtale
- å delta i form av intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 3. juni

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

8.2 Vedlegg 2 - Godkjenning NSD

Vurdering frå NSD

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 930157 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt: Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 25.04.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige personopplysninger frem til 07.06.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

8.3 Vedlegg 3 - Intervjuguide brukere

1. Hvor mange dager i uken benytter du deg av MO-senteret?
2. Hva pleier du å gjøre på når du er her?/hvilke tilbud benytter du deg av?
 - Så det er de gode samtalene som gjør at du kommer hit?
3. Hva synes du om maten de serverer her?
 - a. Er det mye/lite mat?
 - b. Hvordan smaker det?.
4. De dagene du ikke kommer til senteret, hvilken type mat spiser du?
 - a. hvor mye/ofte spiser du?
5. Får du komme med innspill når det gjelder planlegging av meny?
 - a. Hvilken innspill er det isåfall?.
6. Når begynte du med rusmidler?
 - a) under 14 år
 - b) 14-17 år
 - c) 18-24 år
 - d) over 24 år
7. Når du er her, benytter du deg av friskrommet?
 - a. Hvor ofte?

8.4 Vedlegg 4 - Intervjuguide ansatte

Ut ifra stilling ble det presentert lignende spørsmål til de ansatte, med litt variasjon.

1. Hvor lenge har du jobbet her?
2. Hvilken utdanning har du og hvor mye tidligere erfaring har du med brukergruppen?
3. Hva er dine hoved arbeidsoppgaver?
4. Hva mener du er MO-senteres største bidrag i hverdagen til brukerne?
5. Ser det ut til at de fleste brukerne som er innom senteret, benytter seg av mattilbudet deres?
6. Hvilket måltid virker mest populært?
7. Hvordan føler du at brukerne opplever maten; sunn, god, osv.?
 - a. hvilke tilbakemeldinger kommer de med?
8. Hvilke tider på døgnet, og dag i uken, er det flest besøkende her?

1. Hvor lenge har du jobbet her?
2. Hvilken utdanning har du og hvor mye tidligere erfaring har du med brukergruppen?
3. Hva er dine hoved arbeidsoppgaver?
4. Hva mener du er MO-senteres største bidrag i hverdagen til brukerne?
5. Ser det ut til at de fleste brukerne som er innom senteret, benytter seg av mattilbudet deres?
6. Hvilket måltid virker mest populært?
7. Hvordan føler du at brukerne opplever maten; sunn, god, osv.?
8. hvilke tilbakemeldinger kommer de med?
9. Hvilke tider på døgnet, og dag i uken, er det flest besøkende her?
10. Når det gjelder "friskrommet", ser dere en sammenheng mellom hvor ofte enkeltpersoner
11. Er det evt. mulig å få noen tall på dette?

SPØRSMÅL RUNDE 2

1. Er det dere som setter opp menyen?
 - a. kommer det mye innspill fra brukere/ansatte?

2. Følger dere noen retningslinjer/anbefalinger når du setter opp menyen? (e.g. helsedirektoratet)
3. Uten kontroll over hvor mange mennesker som kommer innom per dag, hvordan er det å beregne mat?
4. Dersom brukerne ikke ønsker å spise maten som serveres, finnes det alternativer? isåfall hvilke?
5. Lages maten med hensyn til allergier? eller finnes det alternativer dersom det skulle dukke opp brukere med slike behov?

8.5 Vedlegg 5 - Data innsamlet fra mottakssenteret

Det følgende ble levert i form av tall fra mottakssenteret.

- Unike brukere
 - Menn
 - Kvinner
- Antall besøk
 - Menn
 - Kvinner
- Antall konsultasjoner til helserom
- Antall med samarbeidsavtale
- Utdelte sprøyter
- Utdelte kanyler
- Utdelte røykefolier
- Dødsfall i brukergruppen
 - Dødsfall antatt å skyldes overdose
- Åpne dager