



Av: Else Kristin Utne Berg og Vibeke Johannessen,
KoRus – Bergen

Det er økende interesse for kartleggingsverktøyet Hurtig Kartlegging og Handling (HKH). Metoden har god lokal forankring og fører til engasjement lokalt for å finne løsninger på felles utfordringer. Metoden er internasjonalt anerkjent og egner seg godt til kartlegginger av rusrelatert problematikk.

Tidlig intervensjon, rus og helse:

Hurtig Kartlegging og Handling – en modell for kartlegging på samfunnsnivå

Hva er Hurtig Kartlegging og Handling

Noen ganger er det ønskelig å plukke et ferdig program ned fra varehyllen for å svare på rusutfordringene. Det finnes ganger da man har så god oversikt over situasjonen og forståelse for problemet at det er det eneste fornuftige. Men – noen ganger er situasjonen litt mer uoversiktlig. Det er noen problemer, men vi kan ikke riktig få taket på dem. Bekymringene er der, men vi vet ikke helt hvordan vi skal angripe dem. I slike tilfeller er det at vi kanskje skal kikke etter en tilnærming som kan hjelpe oss å utforske problemet og hvordan vi kan løse det, og ikke et ferdig program fra varehyllen som gir svaret. En tilnærming som er finstemt opp mot temaet vi ønsker å utforske. Det er i slike situasjoner at HKH er et egnet verk-

tøy - der det hersker bekymring og usikkerhet om hvordan tilstanden "egentlig" er – knyttet til miljøer og arenaer der det offentlige normalt har lite innsyn.

Kompetansesenter Rus (KoRus) vest Bergen v/Stiftelsen Bergensklinikkene har siden 2002 utviklet kartleggingsverktøyet Hurtig Kartlegging og Handling (HKH) i samarbeid med Utekontakten i Bergen. I denne artikkelen vil vi først presentere HKH-metoden og prosessen. Deretter ser vi nærmere på hvordan HKH er brukt i Norge før vi diskuterer de erfaringene knyttet til bruk av kartleggingsmetoden, primært basert på to interne evalueringer. Helt til slutt vil vi peke på mulige veier videre for HKH.

HKH bygger på en kartleggingsmetode utviklet av Verdens Helseorganisasjon som kalles Rapid Assessment & Response (RAR) (Stimson et al 2001) og er på norsk oversatt til Hurtig Kartlegging og Handling (HKH). RAR er en kartleggingsmetode som har vært mye brukt internasjonalt, særlig knyttet til folkehelse spørsmål og spredning av hiv/aids og intravenøs rusmiddelbruk. RAR-metodikken er pragmatisk, den fokuserer på hurtighet, handling og metotetriangulering (Mounteney og Berg 2008). Mens RAR primært ledes av vestlige konsulenter som flys inn, er HKH som metode oversatt og tilpasset for bruk av praktikere under veiledning av forskere/kompetansemiljøer.

Hurtig Kartlegging og Handling gjør det mulig å innhente informasjon som gir rask oversikt over problemområder eller problemgrupper for så å legge til rette for og foreslå formålstjenlige intervensjoner og tiltak. Metoden identifiserer og styrker pågående innsats, og involverer lokalsamfunnet bredt i forkant og gjennom kartleggingsprosessen.

I en HKH-kartlegging brukes ulike metodiske tilnærminger; av de mest sentrale er gjennomgang av eksisterende litteratur, observasjon, intervjuer, fokusgrupper og spørreskjema (Mounteney og Leirvåg 2007, Mounteney og Berg 2008).

Følgende punkter kan oppsummeres som vesentlige kjennetegn eller trekk ved bruk av HKH som kartleggingsmetode:

- » HKH brukes til å kartlegge selve problemområdet i tillegg til de ulike instansenes pågående innsats.
- » HKH bruker eksisterende data. Nye undersøkelser gjennomføres bare der dataene er mangelfulle.
- » I HKH brukes metotetriangulering, det vil si en kombinasjon av ulike kvalitative og kvantitative metoder i samme undersøkelsesopplegg. Validitet sikres gjennom kryssjekking av funn på tvers av ulike datakilder og metoder.
- » HKH har en undersøkende tilnærming og konklusjonene formuleres på grunnlag av kryss-sjekking av ulike data fra flere kilder.
- » I en HKH er målet å fremskaffe god nok kunnskap til å kunne handle, mer enn vitenskaplig perfektjon. Identifiserer og styrker pågående lokal innsats.

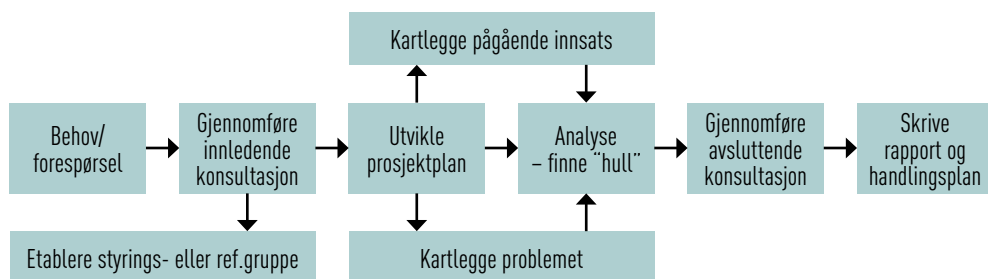
HKH-prosessen

Hensikten med HKH-metoden er at den skal være rask, slik at tiltakene som foreslås er relevante i forhold til problemet som kartlegges. En veiledende anbefaling er at det ikke bør gå mer enn 6-8 måneder fra start i form av innledende konsultasjon og til prosessen avsluttes med en HKH-rapport og handlings-/tiltaksplan¹.

Prosessen rundt en HKH-kartlegging kan visuelt fremstilles slik:

¹ En litteraturgjennomgang av RAR-metodens bruk viser at myndighetene i Bishkek, Kyrgystan i samarbeid med FN/UNAIDS gjennomførte en 6-dagers kartlegging av risikoadferd knyttet til sprøytebruk og spredning av hiv blant intravenøse misbrukere. I Norge har det blitt gjennomført en HKH-kartlegging på 5 uker.

Hensikten med HKH-metoden er at den skal være rask, slik at tiltakene som foreslås er relevante i forhold til problemet som kartlegges



Behovet for en kartlegging

Forut for en HKH-kartlegging foreligger det gjerne en uttalt bekymring, og et ønske hos en eller flere instanser om å få mer kunnskap om og oversikt over et problemområde. Et eksempel kan være en bydel i Bergen, hvor det over tid har vært problemer og mye uro i et ungdomsmiljø, og hvor SLT-gruppen gjennom en HKH ønsker å utforske nærmere hva det er som kjennetegner situasjonen i dette ungdomsmiljøet. Det handler både om et behov for mer kunnskap om selve problemet, men også hvordan de ansvarlige sammen og hver for seg løser problemet slik det pr. i dag forstås. Hvordan "matcher" problemet de løsninger man har lagt opp til? I hvilken grad er det behov for en styrket innsats, en mer samordnet innsats, eller ligger løsningen kanskje i at innsatsen spisses mer?

Innledende konsultasjon

På innledende konsultasjon inviteres det til bred deltakelse fra lokalsamfunnet; representanter fra offentlige etater, interesseorganisasjoner, frivillige lag og organisasjoner, næringsliv etc. deltar. Dette er med på å sikre at kartleggingen har god forankring i lokalsamfunnet med deltakelse fra de aktørene som problemet angår. I tillegg til å forankre kartleggingen og sikre lokalt eierskap er hovedmålet med innledende konsultasjon å klar-

gjøre problemet og hvordan dette arter seg nærmere. Deltakerne arbeider fram et mer spisset fokus for kartleggingen i form av nøkkeltemaer og konkrete problemstillinger. Hvis vi går tilbake til den tenkte situasjonen i en bydel i Bergen, vil det bety at man eksempelvis kommer fram til at problemet først og fremst handler om kriminalitet, rus og skolefravær. Gjennom fokusgruppene på den innledende konsultasjonen prioriterer man så noen konkrete problemstillinger på hvert av disse nøkkeltemaene som skal være gjenstand for kartleggingen. I dette ligger det også at man skal kartlegge den pågående innsatsen; hvordan fungerer for eksempel fritidstilbudet for de mest utsatte ungdommene og hvilke pågående innsatser har vi når det gjelder de sårbare "overgangene" fra barnevern til sosialtjeneste og fra ungdomsskole til videregående skole? Er det behov for å styrke innsatsene eller endre tiltakene?

Planlegging

Etter innledende konsultasjon (gjærne samme ettermiddag!) setter teamet seg ned sammen med veileder og lager en nærmere plan for kartleggingen. Heri inngår tidsplan for kartleggingen, fordeling av roller og oppgaver innad i teamet og en første idédugnad på hvilke metoder det egner seg å bruke i datainnsamlingen.

Det er også tid for å tenke på om det skal etableres en styringsgruppe eller en referansegruppe, og hvem som skal inngå i denne. En styrings-/referansegruppe vil bidra til å sikre et lokalt eierskap til kartleggingen og er en viktig instans for å forankre aktuelle tiltak/intervensjoner som følger av kartleggingen. Erfaringsmessig kan det være lurt å spørre ledere for tjenester som er sentrale i forhold til temaet i kartleggingen om å delta. Styrings-/referansegruppen møtes gjerne 2-3 ganger i løpet av kartleggingsperioden.

Selve datainnsamlingen

Det skjer en parallell kartlegging av både problemene og den pågående innsatsen, altså på hvilken måte problemene forsøkes løst i dag. Det anbefales at kartleggingsteamet starter med å kartlegge pågående innsatser ved å henvende seg på telefon eller mail til alle aktuelle etater og organisasjoner. Da har man også samtidig en god anledning til å presentere kartleggingen for et bredere publikum. Sentrale spørsmål i en slik "mapping" av tjenester er hvilken erfaring de har med problemet, hvilke tiltak de selv har igangsatt og en får frem om de evt. har noen planer framover.

Tidlig i kartleggingsprosessen henter man også inn eksisterende informasjon i form av årsrapporter, intern dokumentasjon, nasjonale og lokale forskningsstudier og prosjektrapporter, planverk m.m. og analyserer dette. Her finnes lokal- og bakgrunnsdata både om omfang av problemet, men også om den innsatsen som rettes mot det.

"Mappingen" og den eksisterende informasjonen utgjør sammen med 6-10 nøkkelinformantintervjuer (som hver for seg har ekspertkunnskap om temaet for kartleggingen), intervjuer med målgruppen (eksempelvis unge med rusproblemer), bruk av fokusgrupper og evt. observasjon det datamaterialet som skal analyseres og gi grunnlag for en handlingsplan.

Nøkkeltemaene for kartleggingen både slik problemet framstår, men også den pågående innsatsen for å løse problemet (problemhåndteringen) utforskes altså parallelt.

Analyse

Analysen skjer parallelt og fortløpende gjennom kartleggingsprosessen for å finne "hullene" mellom problemet og den pågående innsatsen. Det anbefales at kartleggingsteamet møtes i ukentlig analyse-møter, men samtidig setter av 2-3 halve dager sammen med veileder for en mer grundig gjennomgang av dataene. Bruk gjerne ulike analyseverktøy for å sortere funn.

Avsluttende konsultasjon

Avsluttende konsultasjon holdes primært med de samme deltakerne som på innledende konsultasjon. Her presenteres og diskuteres funn fra kartleggingen og mulige tiltak i en handlingsplan. Avsluttende konsultasjon gir også mulighet for å justere evt. funn.

Rapport og handlingsplan

Den endelig HKH-rapport beskriver prosessen, metode og funn, men inneholder

Den endelig HKH-rapport beskriver prosessen, metode og funn, men inneholder også anbefalinger og en konkret handlings- eller tiltaksplan

også anbefalinger og en konkret handlings- eller tiltaksplan. Handlingsplanen er konkret og inneholder tiltak som det er enighet om blant de involverte i kartleggingen. Det anbefales at rapportskriveren starter på skriveprosessen tidlig, og er sentral underveis i datainnsamlingen.

Hvordan er HKH brukt i Norge

Ved utgangen av 2011 var det til sammen gjennomført 16 kartlegginger etter HKH-metoden i Norge. Syv er enten i slutfasen eller forventet ferdig innen sommeren 2012, hvilket betyr at vi innen utgangen av året antagelig vil runde 25 HKH-kartlegginger.

Bergen kommune har nå lang erfaring i bruk av HKH i et tidlig intervensjonsperspektiv, og etter hvert har flere kommuner sett nytten av metoden. Både Kristiansand og Os i Hordaland fattet tidlig interesse for verktøyet, og har gjennomført HKH-kartlegginger.

Det nasjonale HKH-prosjektet

Det har vært en stadig økende interesse for HKH-metoden nasjonalt. I 2009 bevilget Helsedirektoratet midler for å forsøke ut metoden nasjonalt. Sentralt i det nasjonale prosjektet er opplæring av HKH-team fra kommuner og veiledere fra kompetansesentra. Prosjektet er nå inne i sitt andre år, og til sammen 7 kommuner og 5 kompetansesentra har fått opplæring i bruk av metoden parallelt med at de utfører en HKH-kartlegging under veiledning av eget KoRus².

I og med at teamene har gjort en egen kartlegging parallelt med opplæringen, har erfaringsutveksling underveis i samlingene stått sentralt. KoRus vest Bergen har det nasjonale ansvaret, og bistår veilederne ved de øvrige kompetansesentrene med veiledning og jevnlige samlinger.

Temaer for HKH-kartlegginger

Gjennomgående for HKH-kartleggingene er at de dreier seg om helse- og sosialpolitiske områder hvor det hersker bekymring og usikkerhet om hvordan tilstanden "egentlig" er – knyttet til miljøer og arenaer der det offentlige normalt har lite informasjon, eller sitter med et fragmentert og uoversiktlig bilde. I HKH-historiens oppstart var det primært fokus på ungdomsmiljøer i bydeler i Bergen og bekymring knyttet til fritid, rus, kriminalitet og psykiske helse som var tema i kartleggingene (Utekontakten i Bergen 2003, 2004, 2005, 2005). Deretter fulgte en periode med fokus på prostitusjon, både mer generelt (Kristiansand kommune 2008) men også spesielt opp mot innendørs prostitusjon, konsekvenser av sexkjøpsloven og mannlig prostitusjon (Utekontakten i Bergen 2006, 2009, 2010, 2011). Parallelt med dette har det hele tiden vært stor interesse for å utforske situasjonen rundt bruken av illegale rusmidler. Det er her kanskje særlig relevant å kort presentere noen av disse kartleggingene.

Nærmere om noen kartlegginger knyttet til rusproblematikk

GHB/GBL-situasjonen i Bergen og omegn

KoRus vest Bergen har siden 2002 overvåket rustrender i Bergen kommune gjennom systemet Førre Var. Trendrapportene

2 Erfaringene fra prosjektets første år hvor Bergen, Drammen, Kristiansand og Stavanger deltok er oppsummert i rapporten Hurtig Kartlegging og Handling, Nasjonalt prosjekt 2010/2011; <http://www.bergensklinikkene.no/index.asp?strUrl=1002692i&topExpand=&subExpand=>

viste at GHB/GBL-situasjonen var relativt stabil fram til 2008, men at man fra da av så en stadig økende trend i bruk. For å utforske dette gjennomførte KoRus vest i samarbeid med Utekontakten i Bergen en HKH-kartlegging med fokus på GHB/GBL i Bergen og omegn, brukergrupper og deres rusmønstre og hvilken risiko de utsatte seg for. Parallelt innhentet man informasjon om hvilke utfordringer tjenestene og behandlingsapparatet så ved økt misbruk av GHB/GBL (Stiftelsen Bergensklinikkene/Utekontakten i Bergen 2010). Gjennom kartleggingen fikk man en bredere oversikt over og ny kunnskap om og et lite kjent rusmiddel. Kartleggingen viste bl.a. at:

- » Bruken av GHB/GBL så ut til å være knyttet til tre relativt lokale, avgrensede risikomiljøer; unge voksne amfetaminbrukere som bruker GHB/GBL som et supplerende rusmiddel, unge og voksne som sporadisk bruker stoffet i festsammenheng og som ofte har en risikofyllt og eksperimenterende bruk, og til sist etablerte opiatbrukere med sannsynlig tilknytning til det åpne rusmiljøet i Bergen
- » Det ble først og fremst solgt gjennom nettverk, og det var en tett kobling til salg av sentralstimulerende midler
- » GHB/GBL var billig sammenlignet med alkohol og vanligste inntaksmåte var å drikke eller "korke" det. Rusen kommer forttere og sterkere og ble foretrukket framfor alkohol. GHB/GBL ble rapportert å gi psykisk aktivering og kroppslig stimulering og dempet uro og justerte søvn. Feildosering kan medføre aggressivitet og sinne
- » Det har vært en markert økning i overdoser, men brukerne gjenkjente ikke det å "stemple ut" som overdose

Gjennom kartleggingen av tjenestenes pågående innsats kom det fram at det var mangel på oppdatert og kvalitetssikret informasjon om GHB/GBL. Oppdatert informasjon til brukere, behandlingsapparat og offentligheten ble sentrale tiltak i handlingsplanen. Spesifikke tiltak knyttet til akuttbehandling der GHB/GBL er en del av symptombildet ble videre foreslått.

Unge med tilknytning til tunge rusmiljøer i Bergen sentrum

Etter en lang, stabil periode rapporterte Førre Var en økning i bruk av heroin i perioden vår 2007-høst 2007 (KoRus Bergen, Stiftelsen Bergensklinikkene 2007). Dette sammenfalt med at Utekontakten i Bergen hadde registrert at et økende antall unge syntes å ha tette bånd til aktører på den etablerte russcenen i byen (Utekontakten i Bergen 2008). På bakgrunn av dette fikk Utekontakten mandat fra kommunaldirektøren for Helse og omsorg om å kartlegge det unge, tunge rusmiljøet i Bergen sentrum. Kartleggingen avdekket bl.a. at:

- » Den sårbare gruppen unge hadde en tidlig rusdebut sammenlignet med andre og utviklet tidlig et blandingsmisbruk
- » Begynnende rusproblemer ofte får utvikle seg til et alvorlig rusproblem før de ble avdekket
- » Behandlingsapparatet var lite tilgjengelig for den yngste og mest sårbare gruppen
- » Ungdom ble introdusert for rusmidler på barneverninstitusjoner
- » Ansatte i barnevernet rapporterer om manglende kompetanse på rus.

Rett i etterkant av kartleggingen skjedde det et tragisk overdosedødsfall som fikk

mye medieoppmerksomhet, og kartleggingen ble sentral fordi den hadde avdekket kritikkverdige forhold knyttet til rus innenfor barnevernet. Bergens Tidende brukte kartleggingen som bakteppe og evidens for å kreve endringer i det statlige barnevernet i den mediestormen som fulgte. I ettertid har det skjedd ulike endringer; det er utarbeidet en statlig handlingsplan for rusarbeid i barnevernet, Fylkesmannens tilsynsordning er endret og det er gitt en presisering av rettighetsforskrift i forhold til barn som bor i institusjon og deres rettigheter innen psykisk helsevern. Selv om HKH-kartlegginger først og fremst er av lokal interesse viser dette eksempelet at de også kan ha større betydning og påvirkning.

Overdoser i Bergen

Overdoseproblematikk får stor oppmerksomhet i media, og har de seinere årene også fått økende politisk oppmerksomhet, ikke minst fordi Norge scorer høyt på den europeiske overdose-statistikken. I Norge utmerker Bergen seg negativt, og dette var bakgrunnen for at Utekontakten i 2011 fikk oppdraget med å kartlegge overdosesituasjonen. Målsettingen var å øke kunnskapen om dødsfall som følge av overdose, samt forhold som kunne bidra til å forebygge dødsfallene. Kartleggingen skulle foreslå tiltak eller justeringer av eksisterende innsatser for å begrense omfanget av overdosedødsfall (Gerds og Grung, 2011). Kartleggingen viste bl.a.:

- » En ustabil livssituasjon med store hel-seplager ga økt risiko for overdoser og overdosedød ved at det ble vanskelig å planlegge og å dosere rusinntaket.
- » De fleste overdosene skjedde i private hjem, og terskelen for å tilkalle hjelp var høy

- » Forebyggingsperspektivet og øyeblikkelig hjelp sto i fokus når det gjaldt overdoser/overdosedødsfall i Bergen, mens tiltakskjeden syntes å mangle den avsluttende/oppfølgende fasen
- » Funn i materialet tydet på at det var mulig å identifisere personer med høy risikoatferd
- » Mange organisasjoner og etater oppsøkte de åpne russcenene, men det ble etterlyst mer samordning og samarbeid
- » Kartleggingen avdekket mangel i hjelpetilbud til pårørende av personer som sto i fare for å omkomme/hadde omkommet i overdose

Kartleggingen ble avsluttet med en foreløpig handlingsplan som bl.a. fokuserte på etablering av varslingsystem for å nå brukerne med relevant informasjon, å videreutvikle prosedyrer for oppfølging av overdose-episoder knyttet til individuell risiko, kartlegge helse- omsorgs- og boligsituasjonen for de over 30 år med omfattende rusproblemer og veiledning til pårørende. I etterkant er det nedsatt en arbeidsgruppe med representanter for kommunen og Helse Bergen for å lage en mer forpliktende handlingsplan basert på rapporten.

Cannabis i Stavanger, Kristiansand og Drammen

Gjennom det nasjonale HKH-prosjektet 2010/2011 valgte tre av de deltakende kommunene; Stavanger, Drammen og Kristiansand, å kartlegge cannabissituasjonen i sine respektive kommuner (2011). Selv om både målgrupper og nøkkeltemaer var ulike mellom de tre, og funnene slik sett ikke er sammenlignbare, er det likevel interessant å sammenstille sentrale funn fra de tre kartleggingene og

kort vurdere disse både mot hverandre og opp mot nasjonale og internasjonale utviklingstrekk og tendenser. Både nasjonal og internasjonal forskning viser stabilitet og tildels nedgang i bruk av narkotika, og cannabis er blant de stoffene som viser størst nedgang (EPSAD 2007, EMCDDA 2011, SIRUS 2011). Det er ikke noe i materialet fra HKH-kartleggingene om cannabis i de tre storbyene som tyder på at situasjonen er annerledes i Norge, tvert i mot bekrefter kartleggingene denne trenden.

Kartleggingene i Stavanger, Drammen og Kristiansand bekrefter ellers funn fra andre kartlegginger og forskning om at introduksjonen til rusmidler skjer via jevnalderfellesskapet, familiemedlemmer eller i barneverninstitusjoner (Sandberg og Pedersen 2005, Utekontakten i Bergen 2008). Alle de tre kartleggingene finner at det er en sårbar gruppe ungdom som særlig utsetter seg for skadevirkninger knyttet til cannabisbruk, sårbarheten knyttes til sosiale, psykologiske og atferdsmessige faktorer. Kartleggingene både i Kristiansand og Drammen problematiserer ellers det som gjerne kalles majoritetsmisforståelsen, altså at ungdom har en oppfatning av at "alle" røyker hasj, mens forskning og undersøkelser viser at det er et mindretall som faktisk gjør det. I kommunikasjon med ungdom er dette et viktig poeng å adressere.

Det er interessant å merke seg at bruk av cannabis underkommuniseres i møtet mellom ungdom og hjelpeapparatet i de tre kommunene, og at kunnskap om skadevirkninger av cannabisrøyking ikke bare er mangelvare blant de ungdommene som røyker, men også innefor hjelpeapparatet. Manglende kunnskap og kompetanse om hverandres tjenester og

behov for sammensatte og koordinerte tjenester ut til brukerne er felles for de tre byene. Særlig interessant er det å merke seg Stavanger kommune som har vurdert behovet for nye eller andre intervensjoner i tråd med Helsedirektoratet's³ anbefalinger om 3 elementer for tidlig intervensjon.

Hva er erfaringene med bruk av metoden så langt

Ble det så noe av tiltakene?

Bergen kommune har etter starten i 2003 systematisk tatt verktøyet i bruk for å utforske sentrale helse- og sosialpolitiske områder knyttet til ungdomsmiljøer, prostitusjon og rus.

I arbeidet med å vurdere i hvilken grad kartleggingene hadde hatt noen effekt og om de hadde ført til konkrete resultater i forhold til problemene de handlet om, gjorde man en intern resultatevaluering etter de første fire HKH'ene (Utekontakten i Bergen/Stiftelsen Bergensklinikken 2007). Representanter for oppdragsgiverne til kartleggingene og andre nøkkelpersoner ble intervjuet om tiltakene i handlingsplanene og om hvorvidt de var blitt gjennomført, eventuelt om det var andre effekter av kartleggingen og hvilken nytte de erfarte av kartleggingene. Det viste seg at ca. 1/3 av tiltakene (av til sammen ca. 75) i handlingsplanene var oppnådd, mens ytterligere 1/3 var pågående. Begrunnelsene som ble gitt for dette var primært at tiltakene kunne løses innefor eksisterende rammer og at

³ Se Helsedirektoratet; Fra bekymring til handling, en veileder om tidlig intervensjon på rusfeltet. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fra-bekymring-til-handling-en-veileder-om-tidlig-intervensjon-pa-rusområdet/Sider/default.aspx>

de forsterket en allerede pågående innsats. Begrunnelsene for tiltak som var forkastet eller ikke påbegynt var at de var ressurskrevende, innsatsene involverte mange etater eller eierskapet til tiltakene var ikke godt nok forankret.

”The Worry Buster Modell” – og behovet for ferskvare!

Både de deltakende kommunene og veilederne fra kompetansesentrene i det nasjonale prosjektet 2010/2011 ser HKH som et egnet verktøy for systematisk å få rask og god informasjon om sentrale utviklingstrekk på helse- og sosialpolitiske områder i kommunen (Stiftelsen Bergensklinikkene 2011). Dette fremheves også fra resulta-

tevalueringen i 2007; kartleggingene ga større innsikt i og forståelse for hva som rørte seg i utsatte miljøer slik at man bedre kunne sette inn treffsikre tiltak. Metoden kan med fordel kalles ”The Worry Buster Model (med referanse til filmen Ghost Busters); en kartlegging begynner gjerne med stor grad av bekymring og usikkerhet om hva som ”egentlig” rører seg i utsatte miljøer – og selv om kartleggingene for så vidt bekrefter at det er grunn til bekymring på enkelte områder så ser det ut til at kartleggingene bidrar til at problemet blir konkret, oversiktlig og håndterbart gjennom felles prioritering og innsats. Bergens nåværende ordfører Trude Drevland, som var mottaker av flere HKH-rapporter i sin tid som Byråd i Bergen, beskrev behovet for oppdatert kunnskap slik på oppsummeringskonferansen fra det nasjonale prosjektet i april

2011: *”Kravet til politikere er som kjent å finne gode og varige løsninger. Løsninger som helst skal presenteres på stedet. Men alle miljøer er i bevegelse, problemstillinger endres over tid og kunnskap om feltet er ferskvare. Problemet for en politiker er at, til tross for alt fokus, er det ofte lite systematisert kunnskap å finne. Finner en noe, er det sjelden oppdatert kunnskap. Enda sjeldnere er kunnskapen knyttet til lokale forhold.”* Det er i dette bildet at HKH kan bidra med ”ferskvare”.

Et tettere lokalt samarbeid, bedre kommunikasjon og en felles enighet om prioriteringene rapporteres å være en av de viktigste suksessfaktorene til HKH

Hvem eier problemet? Samarbeid og samordning

Et tettere lokalt samarbeid, bedre kommunikasjon og en felles enighet om prioriteringene rapporteres å være en av de viktigste suksessfak-

torene til HKH. Flere av de som har mye erfaring med bruk av metoden er entusiastiske i sin beskrivelse av akkurat disse fenomenene. Ved å sikre lokal forankring av HKH-prosessen og lokalt eierskap til handlingsplanen øker det lokale engasjementet for å finne gode løsninger på felles utfordringer. Nye tiltak er ikke først og fremst det som kjennetegner handlingsplanene, like mye er fokuset rettet mot å spisse det man allerede gjør, eller gjøre mer av det som allerede gjøres bra. Med ofte tilgrensende ansvars- og oppgaveområder med ”blinde flekker”, et fragmentert hjelpetilbud og komplekse problemer som skal løses vil endringsevnen og endringsviljen slik den refereres i erfaringsutvekslingene være av avgjørende betydning for bedre tjenester.

Hva så med egen læring?

Begge de interne evalueringene peker på at det å ta i bruk HKH-metoden har en effekt ut over effektene som er oppsummert ovenfor. Ved å ta i bruk verktøyet opplever teammedlemmene at de har fått økt kompetanse som har overføringsverdi til andre deler av jobben. Verktøyet er metodisk og systematisk, med "oppskrifter" man også kan bruke i andre deler av jobben. Det rapporteres også at man har fått en bevisstgjøring og refleksjon innad på egen arbeidsplass rundt faglige og metodiske spørsmål som også reflekteres utad, slik at egen arbeidsplass framstår som mer attraktiv og kompetent innad i kommunen. De enkelte teammedlemmene rapporterer også om økt kompetanse på metodiske og analytiske ferdigheter og skriftlig framstillingsevne.

Hvor går veien videre?

En kunnskapsbasert tilnærming som grunnlag for tidlig intervensjon på rusområdet poengteres i rapporten: *"Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer"* (Helsedirektoratet, 2007). Her nevnes behovet for ulike former for kunnskap hvor en systematisering av lokale og avgrensede erfaringer og observasjoner ses som del av et kontinuerlig samspill med andre kunnskapsformer som grunnlag for identifisering av behov og muligheter (ibid: 19).

Tidlig intervensjon på rusfeltet er samtidig en prioritert satsing. Tidlig intervensjon handler om å identifisere og håndtere et problem så tidlig som mulig slik at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats (Helsedirektoratet 2009). Som beskrevet ovenfor kan HKH bidra til både å overvåke og fremskaffe lokal kunnskap om et avgrenset

problem, og den styrker mulighetene for å samordne innsatsen og samarbeide om løsningene. Gjennom den nye folkehelsesloven utfordres kommuner og fylkesregioner til å fremskaffe oversikt over sosial og helsesituasjon, utforme og sette inn tiltak, samtidig som samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestens ulike aktører skal samordnes og koordineres. For å løse utfordringer knyttet til bl.a. økte livsstilsrelaterte sykdommer er en styrking av forebyggingsarbeidet også sentralt i reformen.

HKH som kartleggingsmetode på samfunnsnivå i lokalsamfunn slik erfaringene beskrives i denne artikkelen, gir tjenestene *oversikt*, grunnlag for *samarbeid*, *samordning* og *et felles kunnskapsgrunnlag for handling*. Dette er de mest sentrale elementene som trekkes frem som særdeles nyttige ved bruk av metoden, og metoden kan således være ett egnet verktøy for å gi et kunnskapsbasert grunnlag til tidlig intervensjon i lokalsamfunnet.

Om forfatterne:

Else Kristin Utne Berg er sosionom og har master i public administration fra Handelshøyskolen i København. Ved KoRus-Bergen har hun ansvaret for det nasjonale HKH prosjektet. Utne Berg har lang kommunal praksis og har blant annet vært leder for Utekontakten i Bergen.

Vibeke Johannessen er virksomhetsleder ved KoRus-Bergen, stiftelsen Bergensklinikkene. Hun er cand.polit med hovedfag i sosialt arbeid.

Litteraturliste:

Bergen kommune, Utekontakten (2011): Menn som selger seksuelle tjenester. En kartleggingsrapport om mennene, markedet og hjelpetilbudene i Bergen.

Bergen kommune, Utekontakten (2009): Lokale konsekvenser av sexkjøpsloven i Bergen. En kartleggingsrapport om kvinnene, markedet og samfunnet.

Bergen kommune, Utekontakten (2008): Unge med tilhørighet til tunge rusmiljøer i Bergen sentrum.

Bergen kommune, Utekontakten (2006): Innendørs prostitusjon i Bergen. En kartleggingsrapport om kvinnenes bakgrunn, situasjon og behov, markedet, eksisterende tiltak og handlingsplan.

Bergen kommune, Utekontakten/Stiftelsen Bergensklinikkene (2007): Evaluering av Hurtig Kartlegging og Handling.

Drammen kommune Senter for rusforebygging, Uteetemet (2011): Drammens ungdom og deres holdninger til bruk av cannabis.

EMCDDA (2011): Narkotikasituasjonen i Europa. Årsrapport. Lisboa, 2011.

EPSAD (2007): The 2007 EPSAD Report. Stockholm, 2009, Helsedirektoratet (03/2010): Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet.

Gerdts, Astrid og Grung, Marit (2011): Overdoser i Bergen. En kartleggingsrapport om risiko og beskyttende faktorer. Utekontakten i Bergen, Bergen kommune.

Helsedirektoratet (2009): Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011): Lov om Folkehelsearbeid. Stortingsproposisjon 90L. 2010-2011.

Kristiansand kommune (2008): Prostitusjon i Kristiansand. En kartleggingsrapport.

Kristiansand kommune, Sosiale og forebyggende tjenester (2011): HKH-rapport 2011. Cannabis blant 17-18 åringer i Kristiansand.

Mounteney, Jane og Leirvåg, Siv-Elin (2007): Manual HKH. Stiftelsen Bergensklinikkene.

Mounteney, Jane og Berg, Else Kristin Utne (2008): "Youth, risk and rapid assessment: a new model for community social work assessment?" I European Journal of Social Work, 11:3, 221-236.

Sandberg, Sveinung og Pedersen, Willy (2005): "Retten fra pikrommet med ransel på ryggen. Om ungdom som oppholdt seg på Plata." NOVA Rapport 6/05.

SIRUS (2011): Narkotikasituasjonen i Norge 2011. Årsrapport til EU's narkotikaovervåkingsbyrå – EMCDDA. Oslo, 2011

Sosial- og Helsedirektoratet (2007): Tidlig intervensjon på rusfeltet. Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer.

Stavanger kommune, Uteseksjonen (2011): Hasjbruk blant ungdom. Hasjbruk blant ungdom 12-15 år. Omfang, kjennetegn og tiltak.

Stiftelsen Bergensklinikkene (2007): Førre Var. Rustrender i Bergen 02/07. Korus Vest Bergen.

Stiftelsen Bergensklinikkene/Bergen kommune, Utekontakten (2010): GHB, GBL. Kartleggingsrapport i Bergen og omegn. Korus Vest Bergen.

Stiftelsen Bergensklinikkene (2011): Hurtig Kartlegging og Handling. Nasjonalt prosjekt 2011/2012. Korus Vest Bergen.

Stimson, G.V. et al (2001): Rapid assessment and response technical guide. Geneva: WHO.