

Rusmiddelutfordringer hos barn og unge på legevakt

- En kvalitativ undersøkelse av ansattes beskrivelser

Fride Behrentz Færevaa
VID vitenskapelige høyskole

Masteroppgave

Master i sosialt arbeid
MASOS- 504
30 studiepoeng

Antall ord: 23.505
13.11.19.

Forord

Jeg ønsker først og fremst å takke mine informanter. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt til. Takk for at dere tok dere tid til å dele egne erfaringer og opplevelser med meg.

Videre vil jeg takke min veileder Lene Østby for god støtte og viktige innspill under hele prosessen. Jeg vil takke min masterseminargruppe: Marte, Silje, Kristin, Tone, Asbjørn og Kristin Briseid og Inger Oterholm for inspirerende og gode refleksjoner. En ekstra takk til Marte, for ditt engasjement i rusfeltet og kloke betraktninger.

Til sist, men ikke minst, går en helt spesiell takk til min familie for at dere har hatt troen på meg gjennom hele skriveprosessen, og alltid heier på meg: min kjære mor, Fartein og Jørgen.

Oslo, november 2019

Fride Behrentz Færeveag

Sammendrag

Bakgrunn: Legevakter rundt i landet er forpliktet til å ha et døgnåpent tilbud til alle i Norges befolkning, og de kommer i kontakt med barn og unge som har rusmiddelutfordringer.

Forskning fra legevakter som har fulgt opp mennesker etter rusmiddelforgiftninger viser en økning i dødelighet på sikt for denne gruppen og barn og unge er særlig utsatt. Ulike studier har konkludert med at det er behov for mer forskning rundt måten denne gruppen blir møtt og forstått på legevakt.

Hensikt: Studiets hensikt er å undersøke hva ansatte på legevakten gjør i møte med barn og unge som har rusmiddelutfordringer. Med utgangspunkt i dette, ønsker problemstillingen å drøfte hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer ivaretas utover den medisinske oppfølgingen. Oppgaven ønsker å bidra med innsikt til hvordan denne gruppen kan bli møtt og forstått.

Metode: Oppgaven baserer seg på en kvalitativ studie med datamateriale fra semistrukturerte intervjuer med seks ansatte som arbeider på tre forskjellige legevakter i Norge. Dette studiet har valgt et overordnet hermeneutisk perspektiv med inspirasjon fra fenomenologien. Analysemetoden som er brukt i denne studien er basert på en temasentrert analyse fra systematisk tekstkondensering (STC) (Malterud, 2011).

Resultater: Det var til sammen fire temaer som utmerket seg i resultatdelen: mangel på kapasitet, å jobbe forebyggende på en legevakt, medisinske tilstander og rus, og skjønn. Mangel på tid, egnede rom og kunnskap ser ut til å ha en betydning. Alle var opptatt av at en legevakt bør kunne jobbe med forebyggende rusarbeid, samtidig som det var uenighet om legevakt var egnet til dette. Den medisinske ivaretagelsen av liv og helse på kort sikt ble ansett som det viktigste i en akutt situasjon.

Konklusjon: Oppgaven viser at få ansatte snakker med barn og unge med rusmiddelutfordringer utover den medisinske ivaretagelsen. Rutiner på hvordan ivareta barn og unge med rusmiddelutfordringer på en legevakt kan sikre at alle får en samtale om rus, samtidig som det må tilrettelegges for bruk av skjønn i møte med denne gruppen. Økt kunnskap om rus og rusmiddelutfordringer kan være med på å tilrettelegge for at barn og unge med rusmiddelutfordringer blir fulgt opp utover den medisinske ivaretagelsen. Det forutsetter at legevakten som institusjon velger å tilrettelegge for dette arbeidet.

Søkeord: «legevakt, barn og unge, rusmiddelutfordringer, intervensjon»

Summary

Background: Emergency rooms around the country are obligated to have an offer for everyone in Norway's population, and they meet young people who have drug challenges. Research from the emergency department that has followed-up people after drug intoxication shows an increase in long-term mortality rate for this group, and children and adolescents are especially at risk. Various studies have concluded that more research is needed on the way that this group is met and understood within an emergency department.

Purpose: This study wants to investigate the staff of the emergency room do in dealing with children and adolescents who has drug challenges. Based on this, the issue seeks to discuss how one can arrange for this group to be taken care of beyond medical care. The task is to provide insight into how this group can be met and understood.

Method: This is a qualitative study with data from semi-structured interviews with six employees working at different emergency rooms in Norway. This study has chosen an overall hermeneutic perspective with a phenomenological research design. The method of analysis used in this study is based on a theme-centered analysis from systematic text condensation (STC) (Malterud, 2011).

Results: There were four themes that distinguished themselves: lack of capacity, preventative work at an emergency room, medical conditions and intoxication, and discretion. Lack of time, suitable space, and knowledge seem to have significance. Everyone concerned about an emergency room should be able to work with preventive intoxication, while at the same time there was disagreement upon whether an emergency room is suitable for this. The medical care of life and health in the short-term was considered most important in an emergency situation.

Conclusion: The thesis shows that few employees talk to children and young people with drug challenges in addition to medical care. Routines on how to take care of children and adolescents with drug challenges in emergency departments can ensure that everyone gets a conversation about intoxication, but, at the same time, it must be organized to provide discretion for this group. Increased knowledge about intoxicants and intoxicant challenges may help to ensure that children and adolescents with intoxicants challenges are taken care of beyond medical care. This requires that an emergency room as an institution chooses to facilitate this work.

Keywords: «emergency department, children and adolescents, drug challenges, intervention»

Innhold

Forord.....	2
Sammendrag	3
Summary	4
1 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Avgrensning, problemstilling og begrepsdefinisjon	9
1.2.1 Studiens avgrensning	9
1.2.2 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	9
1.2.3 Begrepsdefinisjon	10
1.3 Studiens relevans for sosialt arbeid	11
1.4 Politiske føringer på området.....	12
1.5 Omfang barn, unge og alkohol	13
1.6 Oppgavens oppbygging	15
2 Forskning på feltet.....	16
2.1 Min avgrensning av forskningsfeltet	16
2.2 Forskning på barn og unge etter høyt rusinntak.....	17
2.2.1 Dødelighet	17
2.2.2 «Binge drinking».....	17
2.3 Forskning om betydning av intervensjoner på legevakt	19
2.4 Forskning på sosialt arbeid	21
2.5 Forskning om utfordringer med håndtering av ruspasienter.....	23
3 Teoretisk og analytisk grunnlag.....	26
3.1 Tidlig intervensjon og forebyggende rusarbeid	26
3.2 Bakkebyråkratene	27
3.3 Human service organisations	29
3.4 Bruk av skjønn	31
4 Metode	33
4.1 Vitenskapelig utgangspunkt	33
4.2 Eget ståsted	33
4.3 Valg av metode.....	34
4.4 Intervjuguide	34
4.5 Utvalg	35
4.6 Gjennomføring av intervjuene	36
4.7 Analysen	37
4.8 Reliabilitet, validitet og generalisering.....	40
4.8.1 Reliabilitet.....	40
4.8.2 Validitet	41

4.8.3 Generalisering	41
4.9 Forskningsetiske vurderinger	42
4.9.1 Konfidensialitet	42
4.9.2 Taushetsplikt overfor tredjepart	42
4.9.3 Håndtering av informert samtykke	43
4.10 Styrker og svakheter ved studien	43
5 Resultat.....	46
5.1 Kapasitet.....	46
5.1.1 Mangel på tid.....	46
5.1.2 Romkapasitet.....	48
5.1.3 Oppsummering.....	49
5.2 Medisinske tilstander og rus	50
5.2.1 Kartlegge rusmiddelutfordringer.....	51
5.2.2 Å henvise videre	52
5.2.3 Oppsummering.....	52
5.3 Skjønn	53
5.3.1 De særlig motiverte	53
5.3.2 Ulik bruk av faglig skjønn.....	54
5.3.3 Oppsummering.....	55
5.4 Å forebygge utvikling av rusproblemer	55
5.4.1 Oppsummering.....	57
6 Diskusjon	58
6.1 Rammebetingelser	58
6.1.1 Kapasitet.....	58
6.1.2 Forståelsen av legevaktens mandat	60
6.1.3 Kunnskap	62
6.1.4 Skjønn	65
6.1.5 Rutiner.....	67
6.2 Forebyggende rusarbeid	69
6.2.1 Syn på forebygging	69
6.2.2 Holdninger til alkohol som rusmiddel	71
7 Avslutning og oppsummering.....	74
Litteraturliste.....	76
Vedlegg.....	82
Vedlegg 1: Informasjonsskriv til ansatte	82
Vedlegg 2: Samtykkeerklæring.....	84
Vedlegg 3: Intervjuguide	85
Vedlegg 4: Godkjenning NSD.....	87

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En fortelling fra praksis:

Herman har vært ute på byen og drukket alkohol sammen med venner. Herman er sterk beruset og faller fra egen høyde. Han får et dypt kutt i pannen og blir liggende på bakken. Ofte opplever Herman at han blir for full og han har opplevd flere ganger at han skader seg i forbindelse med høyt alkoholinntak. Tilfeldig forbipasserende ringer etter ambulanse og de frakter Herman til legevakt. Her får Herman sydd kuttet i pannen og han blir værende for å sove ut rusen før han får lov til å dra hjem. Ingen spør han om han har et problematisk forhold til alkohol.

Denne studien vil se nærmere på hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer blir møtt på legevakt med utgangspunkt i de ansattes beskrivelser. Oppgaven vil drøfte hvilke forhold som bør legges til rette for å kunne hjelpe barn og unge. Eksempelet over viser et typisk tilfelle fra praksis hvor en ung pasient kommer til legevakt og blir behandlet for det medisinske, men sendes rett hjem etter kontakten. Ingen snakker med Herman om hans forhold til alkohol. Denne oppgaven retter oppmerksomheten mot hvilken oppfølging denne gruppen får. Studien vil gjennom ansattes egne erfaringer prøve å forstå hvordan legevaktene håndterer denne gruppen av pasienter, og dermed løfte muligheter og begrensninger. Det er ønskelig å forstå ansatte som møter barn og unge med rusmiddelutfordringer for å finne ut av hva som skal til for å gi barn og unge bedre hjelp. Ulike studier har konkludert med at det er behov for mer forskning på hvordan denne gruppen blir møtt og forstått på en legevakt (Vallersnes, et al., 2016; Moore, Ekman & Shumway, 2012).

Samfunnsmessig har førstelinjen i kommunene en viktig oppgave i å se risikoatferd på et tidlig tidspunkt, og å klare å handle på bakgrunn av en bekymring (Helsedirektoratet, 2010). Tidlig intervensjon er et av hovedmomentene i regjeringens opptrappingsplan for rusfeltet for 2016-2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det bemerkes at en skal sikre at personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes på et tidlig tidspunkt. Det å fange opp tidlig før en utvikler rusavhengighet, kan være helt avgjørende for

å unngå videre uheldige rusvaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Kommunene har et omfattende ansvar for tjenester til personer med rusproblemer og ansvaret følger av helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1). Alle som bor i Norge har rett på nødvendige helse og omsorgstjenester, og alle har krav på tilgang til en døgnbemannet legevaktsordning (Helsenorge, u.å.). Alle kommuner skal ha legevakttjenester og tilby innbyggere helhetlige helse og sosialfaglige tjenester (Helse-omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2; Ytrehus, 2012, s. 243). Legevaktsordningen er ulikt organisert, fra legevakter i kommunene, til interkommunale legevakter (Morken, Myhr, Raknes, & Hunskaar, 2016). Alle legevakter møter utsatte barn og unge som har rusmiddelutfordringer. Det kan enten være barn og unge som kommer i kontakt med legevakten på grunn av en rushenvendelse eller barn og unge som fremstår ruspåvirkede. 20 prosent av alle barn og unge mellom 16-19 år og 19 prosent av alle 19-29-åringene har vært i kontakt med en legevakt i løpet av 2017 (Statistisk sentralbyrå, u.å.). Potensialet i å kunne fange opp barn og unge med rusmiddelutfordringer på et tidlig tidspunkt og deretter tilby adekvat hjelp er tilstede. Tidlig intervensjon på rusområdet, det vil si: «Å identifisere og håndtere et problem på et så tidlig tidspunkt at problemet forsvinner eller blir redusert med begrenset innsats», er et prioritert satsningsområde for myndighetene (Helsedirektoratet, 2010, s. 9).

Min personlige bakgrunn for valg av tema og problemstilling, er at jeg tidligere arbeidet som sosionom på en legevakt hvor det var mange barn og unge med rusmiddelutfordringer som tok kontakt. På min tidligere arbeidsplass hadde vi utarbeidet et eget intervensjonsprogram rettet mot barn og unge under 24 år som ankom legevakten med rusmiddelutfordringer. Etter den medisinske ivaretagelse fikk alle en samtale med en ansatt som innehadde sosialfaglig kompetanse. Innholdet i samtalen gikk metodisk ut på å kartlegge den unges forhold til rusmidler, egen psykiske helse, forhold til foreldre/venner, skole og arbeid. Det inngikk videre et oppfølgingsløp hvor alle ble kontaktet i etterkant av den akutte rushenvendelsen, og flere var i behov av ytterligere oppfølging fra hjelpeapparatet (Berge, 2016; Færevaaag, 2017; Vallersnes et al., 2016). Min egen erfaring knyttet til tema indikerer at det er nødvendig å kartlegge sosiale forhold i tillegg til den medisinske ivaretagelsen. Ved å kartlegge sosiale problemer har flere med rusmiddelutfordringer blitt fanget opp på et tidlig tidspunkt, og blitt henvist videre i hjelpeapparatet. I denne studien er det sykepleiere

som er intervjuet, og det er stort sett ingen med sosialfaglig kompetanse som er ansatt ved legevakter bortsett fra i Oslo. Jeg ønsker derfor å undersøke hva helsepersonell uten sosialfaglig kompetanse gjør i møte med denne gruppen.

1.2 Avgrensning, problemstilling og begrepsdefinisjon

1.2.1 Studiens avgrensning

Tema for denne masteroppgaven er rusarbeid på legevakt. Jeg ønsker å utforske hvordan ansatte ved ulike legevakter beskriver sitt arbeid i møte med rusutsatte barn og unge. Formålet med studiet er å få en økt forståelse av hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer blir møtt på legevakt. Funnene belyser legevaktens møte med barn og unge med rusmiddelutfordringer som igjen kan føre til en utvikling i tjenestene rettet mot denne gruppen. Det er ikke enkelt å definere hvilke forhold som bør legges til rette for at denne gruppen skal bli fulgt opp utover den medisinske ivaretagelsen. Denne oppgaven ser nærmere på hvilke utfordringer som foreligger på individ- og organisasjonsnivå som påvirker denne prosessen. Barn og unge avgrenses til barn og unge under 24 år. Denne aldersgruppen er valgt fordi det knyttes spesielle forventninger til oppfølging av denne aldersgruppen. Det stilles for eksempel krav om særskilt oppfølging gjennom «Ungdomsgarantien» hos NAV og det knyttes særlige forventninger til å avdekke bekymringsfull rusbruk blant barn og unge (Helsedirektoratet, 2010, s. 31 ; NAV, u.å.).

1.2.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Hvordan ivaretas barn og unge med rusmiddelutfordringer på legevakt utover den medisinske ivaretagelsen, og hvordan kan man tilrettelegge for bedre oppfølging av denne gruppen?

I analysen har jeg tatt utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

Hvilke utfordringer på individ- og organisasjonsnivå beskriver ansatte på legevakt om møte med barn og unge som har rusmiddelutfordringer?

For å få innsikt i de ansattes vurderinger har jeg intervjuet ansatte ved ulike legevakter i landet.

1.2.3 Begrepsdefinisjon

Jeg finner ingen klar og tydelig definisjon av rusmiddelutfordringer. En måte å definere problematisk rusmiddelbruk er ut ifra diagnosekriteriene i ICD 10 (International Classification of Diseases) og DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) som er det offisielle diagnosesystemet i norsk helsevesen (Helsebiblioteket, u.å.; Nesvåg, 2012, s. 63-65). I ICD-10 skilles det mellom skadelig bruk og avhengighet. Mest relevant for denne oppgaven er to diagnoser knyttet til skadelig bruk av rusmidler: Den første diagnosen betegner skadelig bruk og knyttes opp mot intoksikasjon av rusmidler. Intoksikasjon betyr mennesker som har inntatt rusmidler i så stor grad at tilstanden krever medisinsk oppfølging (Nesvåg, 2012, s. 64). Den andre diagnosen relateres til skader som er påført under ruspåvirkning, enten på seg selv eller mot andre (Nesvåg, 2012, s. 64-66).

Nedenfor vil jeg redegjøre for hvordan jeg bruker de ulike begrepene som er aktuelle i denne oppgaven.

Rusmiddelutfordringer

I denne studien defineres rusmiddelutfordringer til å gjelde barn og unge som oppsøker en legevakt som skyldes alkohol eller illegale rusmidler, eller som kommer inn med en skade som er forårsaket av høyt rusinntak. Dette kalles i oppgaven en rushenvendelse.

Informantene fikk presisert dette før intervjuet, og intervjuguiden la opp til denne forståelsen av rusmiddelutfordringer hos barn og unge.

Den medisinske ivaretagelsen

Den medisinske ivaretagelsen vil i oppgaven forstås som tilsyn av lege. Dette kan være en rusobservasjon etter en rusmiddelforgiftning eller medisinsk tilsyn etter en skade forårsaket av et høyt rusinntak.

Ruspåvirket

Ruspåvirket vil i oppgaven forstås som barn og unge som fremstår som synlig ruspåvirkede i kontakten med ansatte på legevakt.

1.3 Studiens relevans for sosialt arbeid

Ansatte på legevakt møter barn og unge som har rusmiddelutfordringer, og som kan befinne seg i en vanskelig livssituasjon. Barn og unge som oppsøker legevakt og som fremstår ruspåvirkede i kontakt med helsepersonell, kan ha ulike hjelpebehov. Ansatte som møter denne gruppen, har en mulighet til å utforske om det er enkelte barn og unge som er i behov for hjelp. Sosialt arbeid kan betraktes som et praktisk fag der målet er å fremme sosial endring (Fellesorganisasjonen, u.å.). Sosialt arbeid ønsker å fremme utvikling, endre menneskers levekår, verdsette likeverd, tilhørighet, brukermedvirkning og frigjøring (International Federation of Social Workers, u.å.). Denne studien ønsker å belyse på barn og unge som kommer inn med en rushenvendelse, og som kan ha tillegg utfordringer som begynnende rusavhengighet eller utfordringer knyttet til eget rusinntak. Sosialt arbeid er opptatt av tverrprofesjonelt samarbeid som kan skape helhetlige og koordinerte tjenester (Willumsen, 2015, s. 155). Med utgangspunkt i de ansatte beskrivelser av denne gruppen er det ønskelig å synliggjøre barn og unge som oppsøker legevakt for ulike medisinske tilstander, og som kan være i behov av annen hjelp. Kjennetegn ved sosialt arbeid er nettopp å synliggjøre grupper som kan være i behov av hjelp og støtte (Levin, 2004). Det ligger i yrkesetikken for sosialarbeidere å forplikte seg til å være opptatt av barn, unge og voksne, og bedre levekår. Faget er opptatt av å forebygge og å redusere sosiale problemer (Fellesorganisasjonen, u.å.). Problemstillingen som drøftes her er hvordan ansatte på en legevakt beskriver møtene med denne gruppen, med utgangspunkt i de utfordringene som oppstår. For at sosialarbeidere skal kunne forebygge, løse eller redusere ulike sosiale problemer, trengs tilstrekkelig med kunnskap. Resultatene kan tematisere og løfte hva som skal til for å kunne se og forebygge rusmiddelutfordringer hos barn og unge som oppsøker en legevakt. Kunnskap som opparbeides gjennom denne studien kan bli et utgangspunkt for å skape en diskusjon rundt hva slags hjelp og støtte ansatte som møter barn og unge med rusmiddelutfordringer bør utføre mer av, og hva som eventuelt bør endres på. Kunnskap om hvordan ansatte på en legevakt opplever barn og unge med rusmiddelutfordringer kan bidra

til at det blir utviklet bedre ivaretagelse av denne gruppen. Funn fra oppgaven kan ha overføringsverdi til sosialt arbeid.

1.4 Politiske føringer på området

Rusreformen som kom i 2004 overførte ansvaret for rusbehandling fra fylkeskommunene og sosialtjenesteloven til de statlige helseforetakene (Helsedepartementet, 2004). Pasienter med rusmiddelutfordringer fikk pasientrettigheter på lik linje med andre som er i behov av spesialiserte tjenester (Helsedepartementet, 2004; Ytrehus, 2012). I dag tilbyr de statlige foretakene tverrfaglig spesialisert rusbehandling og har ansvaret for denne gruppen av pasienter (Helsedepartementet, 2004, s. 4-8). Dermed fikk helsetjenesten et større ansvar for behandlingen av rusavhengige, men sosialfaglig behandling skulle også inkluderes i den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen. Ifølge rundskrivet til rusreformen er «disse tjenestene nå omdefinert fra å være sosiale tjenester regulert av sosialtjenesteloven, til å være spesialisthelsetjenester regulert av spesialisthelsetjenestelovene» (Helsedepartementet, 2004, s. 4). Kommunene har fortsatt en viktig oppgave i møte med mennesker som har rusmiddelutfordringer hvor det blant annet påpekes i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester at kommunene skal jobbe forebyggende og helhetlig i møte med vanskeligstilte og å forebygge sosiale problemer (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Samtidig skal loven ta stilling til ressursutnyttelse, sikre samhandling og sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov. Dette skal blant annet skje ved råd og veiledning til brukere av tjenestene. Loven retter seg mot primærhelsetjenesten som gir helse og omsorgstjenester til kommunenes innbyggere. Legevakt er sådan en primærhelsetjeneste og loven gjelder for legevaktstjenester (NORCE, u.å.; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Øyeblikkelig hjelp skal foretas ved akutt mottak hvor bistanden skal være påtrengende nødvendig, og kun håndteres hvis det er ingen andre instanser som kan ivareta problematikken. Hvilken undersøkelse, behandling eller hva kommunene hevder er høyst forsvarlig at kommunen yter av tjenester til kommunens innbyggere, presiseres ikke i lovteksten. Tilbudet til brukerne skal videre være forsvarlig, og den enkelte bruker skal ha krav på helhetlig helse og omsorgstjenester (Helse - og omsorgstjenesteloven, 2011).

Nasjonale utredninger som NOU 2015:17 «Først og fremst - Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus», beskriver hvordan legevaktstjenester bør håndtere mennesker som er i behov av akutt hjelp. Rapporten sier også noe om forbedringspotensialet ved bruk av legevaktstjenester og hva som bør være satsningsområder fremover (NOU 2015:17). Utredningen peker på at det er nødvendig å heve kompetansen på ansatte i legevaktstjenester og samtidig se på kvalitet og kapasitet i akuttkjeden. Det hevdes at det er samfunnsbesparende å behandle sykdom og skade så raskt som mulig, og henviser videre til rett instans i helsetjenesten. Det trekkes spesielt frem psykisk helse og rus som har et særskilt forbedringspotensial i å forebygge problemer før det utvikles videre (NOU 2015:17, s. 17-19). Rapporten hevder at legevakt ofte ikke er egnet for å møte mennesker med utfordringer knyttet til rus og psykisk helse, og det blir referert til tidspress, lite egnet lokaler og lite tilgang på informasjon som noen hovedmomenter (NOU 2015:17, s. 156).

Styrking av psykisk helse og rusforebyggende arbeid er videre en del av kommunenes folkehelsearbeid (Regjeringen, u.å.). Tidlig intervensjon og forebyggende arbeid er et høyt satsningsområde for regjeringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Det å handle tidlig før et rusproblem utvikles, er viktig og særlig overfor barn og unge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helsedirektoratet, 2012; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det er ofte vanskelig å være helt sikker på om den en møter er i ferd med å utvikle et rusproblem. Derfor påpekes det i nasjonale føringer at det er viktig å handle på bakgrunn av en bekymring. Et av hovedproblemene er nettopp at rusproblemene ofte oppdages for sent (Helsedirektoratet, 2010).

1.5 Omfang barn, unge og alkohol

ESPAD (European School Project on Alcohol and Other Drugs) – samler inn data om bruk av rusmidler hos alle 15-16 åringer i Europa, og hensikten er å sammenligne funn mellom ulike land (Kraus et al., 2016, s. 18). Folkehelseinstituttet (ved avdeling for rusmidler og tobakk) er ansvarlig for innsamlingen av data i Norge (Bye & Skretting, 2017). Forrige undersøkelse ble gjennomført i 2015, og viser en nedgang i bruk av ulike rusmidler hos barn og unge i Norge (Kraus et al., 2016, s. 78). Bye & Skretting (2017, s. 4) påpeker at andelen barn og unge som

bruker tobakk og alkohol aldri har vært lavere, siden undersøkelsen startet i 1995. Antall barn og unge som har vært synlig beruset, har i Norge blitt redusert fra 46 prosent i 2007 til 27 prosent i 2015. Norge befinner seg i nedre sjiktet når det gjelder inntak av alkohol sammenlignet med andre land i Europa.

I Norge gjennomføres det årlig flere nasjonale studier om ungdom og egen opplevd helse gjennom Ungdata- undersøkelsene (Bakken, 2018). Undersøkelsene ønsker å kartlegge barn og unges helse ved å la barn og unge på ungdomstrinnet og ved videregående skoler svare på et spørreskjema om egen opplevd helse. Undersøkelsene viser at alkoholbruk har siden 2011 gått noe ned blant barn og unge i ungdomsskolealder. I løpet av 2017 og 2018 har dette stabilisert seg noe. Det varierer når barn og unge debuterer med inntak av alkohol, og det er tre prosent av tenåringer som har vært beruset, i motsetning til 80 prosent av avgangselevne i videregående skoler (Bakken, 2018, s. 99). Samtidig er det mange unge som drikker alkohol i siste del av tenårene. På videregående er det noen flere gutter som har vært overstadig beruset enn tidligere. Både på ungdomstrinnet og på videregående knyttes det en viss status i vennemiljøer i å ha vært beruset (Bakken, 2018, s. 4). Det er ofte summen av risikofaktorer som fører til at noen barn og unge utvikler rusproblemer senere i livet, og noen barn og unge er mer utsatt enn andre (Helsedirektoratet, 2010).

Oslo legevakt har de siste årene publisert årsrapporter som tallfester barn og unge under 24 år som har vært i kontakt med legevakten på grunn av akutt rusforgiftning (Berge, 2016; Færevaa, 2018; Færevaa, 2017). De siste årene har det årlig vært i gjennomsnitt 600-700 barn og unge som har vært innlagt med ulike rusmiddelutfordringer. De fleste har inntatt alkohol som hovedrusmiddel, og de ankommer legevakten i ambulanse. Oslo legevakt ser en jevn økning i antall barn og unge som tar kontakt på grunn av ulike rusmiddelutfordringer. Hovedårsaken er alkoholforgiftning (Berge, 2016; Færevaa, 2018; Vallersnes et al., 2016).

Utviklingen i Europa viser at barn og unge drikker mindre alkohol og bruker mindre illegale rusmidler enn tidligere (Kraus et al., 2016). De færreste har vært i kontakt med helsevesen på grunn av for høyt rusinntak. Det kan derfor knyttes særlig bekymring til barn og unge som oppsøker legevakt og som er i behov av helsehjelp på grunn av for høyt inntak av rusmidler.

1.6 Oppgavens oppbygging

I kapittel en blir studiens tema, hensikt, avgrensing og problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål presentert. Samtidig blir studiens relevans for sosialt arbeid og begrepsavklaring redegjort for. Videre vil det redegjøres for politiske føringer på området, og omfanget av barn, unge og alkohol.

I kapittel to blir relevant forskning redegjort for.

I kapittel tre vil oppgavens teoretiske og analytiske grunnlag bli redegjort for.

I kapittel fire vil det bli gitt en grundig beskrivelse av de metodiske valgene.

I kapittel fem vil funnene i studien bli presentert.

I kapittel seks blir funnene drøftet på bakgrunn av problemstilling, forskningsspørsmål, teori og tidligere forskning.

I kapittel syv oppsummerer og konkluderer jeg hovedfunnene i studien.

2 Forskning på feltet

For å forstå feltet, har jeg i denne delen valgt å presentere forskning som er relevant for oppgavens problemstilling. Jeg har valgt å dele forskningen i fire deler.

Det er videre søkt i databasene Oria, Idunn, Biblioteksøk, Google Scholar, CINAHL og Cochrane Library på ordene: «Barn og unge, ungdom, rus, alkohol, rus, tidlig intervensjon, legevakt, sosialt arbeid på legevakt, sosialt arbeid på sykehus, youth, alcohol, drugs, drug challenges, emergency department, hospital, outpatient emergency clinic, emergency room, social work emergency department, social work in hospital. Jeg har også sett på litteraturlister i aktuelle artikler og bøker.

Utvalgsriterier har vært vitenskapelige studier som har vært fagfellevurdert. Det har vært ønskelig å finne studier av nyere dato, men jeg har valgt å ta med noen få, eldre studier som refereres til av flere vitenskapelige artikler, og derfor ansees for å være viktige studier. Publikasjonene er funnet for det meste i medisinske tidsskrift, og få nasjonale publikasjoner på fagfeltet sosialt arbeid.

2.1 Min avgrensning av forskningsfeltet

For å tydeliggjøre studien vil jeg først presentere forskning som sier noe om konteksten av å forstå barn og unge med rusmiddelutfordringer. Deretter vil jeg belyse forskning som er sentral for å illustrere problemstillingen. Jeg har sett det som hensiktsmessig å dele forskningsfeltet i fire. Inndelingen er gjort med tanke på at studien berører flere forskningsområder og fordi det så langt er få studier som handler om hvordan legevakt håndterer barn og unge med rusmiddelutfordringer. For det første tematiserer jeg forskning om barn og unge med høyt rusinntak, deretter tar jeg for meg forskning om bruk av intervensjoner. Videre tar jeg for meg forskning som er direkte knyttet til problemstilling og tilslutt tar jeg for meg forskning som berører forskningsspørsmålet. Til min kunnskap, er det til sammen gjort 17 studier som kan være relevant for min oppgave.

2.2 Forskning på barn og unge etter høyt rusinntak

Flere studier tematiserer hvordan det går med barn og unge som har hatt et høyt rusinntak i ungdomsårene, og jeg vil her presentere disse: Adam et al., 2016; Bjornaas, Jacobsen, Haldorsen, & Ekeberg, 2009; Chen & Kandel, 1995; Pape & Hammer, 1996; Skogen et al., 2014; Vallersnes, Jacobsen, Ekeberg, & Brekke, 2019; Viner & Taylor, 2007.

2.2.1 Dødelighet

Det er i Norge forsket på hvordan det går med de som ankommer legevakt med ulike rusforgiftninger og det foreligger en økt dødelighet (Vallersnes et al., 2019). Studiet fulgte 1731 innlagte pasienter med rusmiddelforgiftning i primærhelsetjenester i Oslo inkludert Oslo legevakt. Alder var fra 12 år og oppover, og de var innlagt i perioden oktober 2011 til september 2012. Det ble etter 90 dager påvist økt dødelighet åtte ganger høyere enn forventet blant de som hadde vært innlagt med rusmiddelforgiftning. Studien tematiserer viktigheten av at helsepersonell fanger opp de som er i risiko, for å unngå tidlig død (Vallersnes et al., 2019, s. 459).

En studie fra Oslo sammenlignet alle innlagte ruspasienter i 1980 på ulike medisinske avdelinger (Bjornaas et al., 2009). 952 pasienter inngikk i studien og aldersgruppen var fra 13 til 93 år. I løpet av 20 år var 37,5 % av pasientene døde. Det var en høyere dødelighet blant personer under 30 år, hvor det var en økt dødelighet på 10- 16 ganger høyere enn generelt i befolkning (Bjornaas et al., 2009, s. 117-118). Hovedfunn indikerer at en episode av selvforgiftning utgjør en alvorlig risikofaktor for død i løpet av de neste 20 årene (Bjornaas et al., 2009, s. 121). Studien konkluderer med at gruppen bør tilbys oppfølging, men stiller spørsmålsteget ved hvordan man identifiserer de som er i spesielt risiko for tidlig død (Bjornaas et al., 2009, s. 123).

2.2.2 «Binge drinking»

Spesielt interessant for denne studien er forskning på hvordan det går med barn og unge som har vært overstadig beruset, såkalt «binge drinking» i oppveksten (Adam et al., 2016; Chen & Kandel, 1995; Viner & Taylor, 2007). «Binge drinking» defineres som alkoholinntak på mer enn 4 til 5 drinker på rad (Viner & Taylor, 2007, s. 902).

En studie fulgte 16 567 barn over tid, en såkalt, «longitudinal studie», fra de ble født til de fylte 16 år i 1989 og 30 år i 2000 (Viner & Taylor, 2007). Formålet med studiet var å undersøke om det var en sammenheng mellom flere tilfeller av alvorlig beruselse i tidlig alder og utvikling av rusproblemer senere i livet. Undersøkelsen kunne påvise en sammenheng mellom hyppighet i antall episoder hvor de hadde vært svært beruset, såkalt «binge drinking» i ung alder og senere utfordringer i livet, som utvikling av rusproblemer og sosial utestengelse (Viner & Taylor, 2007, s. 906-907).

En studie fra Sveits fulgte 631 pasienter fra alderen 18- 30 år som hadde vært innlagt på sykehus med en alkoholforgiftning i perioden 2006- 2007. De ble alle intervjuet syv år etterpå, og det viste seg at de var mer utsatt for å ha et høyt inntak av alkohol, høyt inntak av illegale stoffer, økning i psykiske lidelser og ulike sosiale problemer. Studien konkluderte med at pasientene burde ha fått oppfølging utover en samtale om eget forhold til rus første gang de var i kontakt med legevakt for høyt alkoholinntak. Oppfølging som var ønskelig innebar enten flere samtaler om rus eller henvisning til andre instanser ved behov (Adam et al., 2016).

Det er videre gjennomført en kohortstudie i New York som fulgte 1160 ungdommer til voksen alder, en tidsramme på 19 år - fra de var 15-16 år gamle i 1971 til 34-35 års alder i 1990 (Chen & Kandel, 1995). Hovedfunnet var at for de fleste som hadde et risikofylt forhold til alkohol, ble problemet gradvis borte utover i 20 årene, og de færreste hadde utfordringer etter fylte 29 år. De samme resultatene var å finne ved debut av illegale rusmidler i ung alder. De aller fleste utviklet ikke et farlig forhold til rusmidler, og de fleste klarte seg ganske godt videre i livet. Forfatterne påpekte at innsats i form av samtaler om farlig rusbruk i form av få samtaler, såkalte kortidsintervensjoner, bør rettes til ungdom med høyt inntak av alkohol for å avgrense eventuelle ytterligere skader (Chen & Kandel, 1995, s. 46).

Det er gjennomført en populasjonsbasert studie hvor alle 17- 19 åringer bosatt i Hordaland fikk tilbud om å svare på en undersøkelse som omhandlet egen helse (Skogen et al., 2014). 10 220 barn og unge deltok i studien, og data var samlet inn i perioden januar til februar

2012. Hovedfunnet var at barn og unge som hadde vært overstadig beruset i tenårene opptil flere ganger, oftere hadde utfordringer med egen psykisk helse (Skogen et al., 2014, s.1-3).

Hilde Pape og Torild Hammer forsker på barn og unge, og fulgte en gruppe på 2000 norske barn og unge over flere epoker fra de var 19-22, 21-24 og 25-28 år, en såkalt longitudinal studie (Pape & Hammer, 1996). De fulgte gruppen fra tenårene til tidlig voksen alder, og hovedfunnene i undersøkelsen viste at de fleste barn og unge som drikker mye i ungdomstiden, slutter med dette i tidlig voksen alder. De som drikker mye i ungdomsårene, drikker allikevel mer enn de som ikke drikker mye i ungdomsårene, i voksen alder (Pape & Hammer, 1996, s. 1354- 1356). Forskerne hevder blant annet at det bør settes inn tiltak overfor gruppen i ung alder for å unngå høyt rusinntak senere i livet.

2.3 Forskning om betydning av intervensjoner på legevakt

Flere studier tar opp betydningen av intervensjoner (Crawford et al., 2004; Davis et al., 2018; Johannesen, 2018; Nilsen et al., 2008; Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente, & Grant, 1993). Internasjonalt har World Health Organisation (WHO) forsket på hvilke intervensjoner som kan ha størst betydning for å kartlegge begynnende problemer (Saunders et al., 1993). Et samarbeidsprosjekt mellom landene Australia, Bulgaria, Kenya, Mexico, Norge og USA ønsket å undersøke effekten ved bruk av korttidsintervensjoner overfor pasienter med rusmiddelutfordringer innlagt i primærhelsetjenesten, legevakt og sykehus (Saunders et al., 1993, s. 793). 1905 personer ble intervjuet, og noen av hovedfunnene var at korttidsintervensjoner kan ha effekt for å avdekke begynnende rusproblemer. Pasientens forhold til rusmidler kartlegges ved bruk av et skjema kalt AUDIT (Alcohol Identification Test). AUDIT gir en enkel metode for tidlig oppdagelse av farlig og skadelig alkoholbruk i primærhelsetjenester. Helsefaglige ansatte på de ulike institusjonene ble ansett å ha en viktig rolle i dette arbeidet (Saunders et al., 1993, s. 801). Legevakt eller akuttmottak ble ansett som et hensiktsmessig sted å kartlegge begynnende rusadferd.

Forskere fra USA gjennomførte i perioden september 2010 til mars 2013 en analyse av ulike studier som omhandlet barn og unge som hadde vært i kontakt med legevakt for ulike rusmiddelutfordringer (Davis et al., 2018). 475 barn og unge fra 14-20 år ble implementert i studien. Ifølge Davis et al. (2018) hadde alle fått en intervensjon om alkoholbruk, hvor

hovedfunn viste en 26 prosent reduksjon av eget alkoholinntak tre måneder etter samtalen. Ungdommer med et alvorlig alkoholproblem og som hadde tilleggsutfordringer som psykisk helseutfordringer, hadde behov for mer enn en samtale om eget rusbruk. (Davis et al., 2018, s. 3).

En annen studie ble gjennomført på St. Mary`s akuttmottak i London i perioden mars 2001 til april 2002. 599 pasienter fra alderen 18-90 år hvor årsak til kontakt var somatisk sykdom og høyt alkoholinntak fikk tilbud om en korttidsintervensjon. Tema var eget rusbruk. De ble fulgt opp etter både 6 måneder og etter 12 måneder for å se om intervensjonen hadde hatt en effekt på alkoholinntaket. Det var en randomisert studie hvor det ble brukt en kontrollgruppe for å måle effekt av intervensjonen. Etter 6 og 12 måneder hadde alkoholinntaket minsket betydelig (Crawford et al., 2004).

Nilsen (2008) sammenlignet ulike studier som hadde evaluert bruk av brief interventions (BI), såkalt korttidsintervensjoner rettet mot pasienter som var innlagt på akuttmottak med høyt alkoholinntak og skade. Studien var basert på litteratursøk og studiene var publisert mellom 1988 og 2007. Ingen av studiene var publisert i Norge (Nilsen et al., 2008, s. 186). 11 av 12 studier viste en effekt på redusering av alkoholinntak og mindre oppståtte risikosituasjoner. Bruk av brief interventions oppnådde større reduksjoner enn kontrollgruppepasienter, selv om det var en tendens til at kontrollgruppene også viste forbedringer. Hovedfunn i studiene indikerte at det var hensiktsmessig å snakke om rus og rusmiddelutfordringer på et tidlig tidspunkt.

Sosiolog Lars Johannessen (2018, s. 246-247) har forsket på legevaktstjenester og forholdet mellom standardisering og skjønn i profesjonelt arbeid. Johannesen forsket ved Oslo legevakt i tidsrommet april - desember 2015, hvor han gjennomførte 47 feltarbeidsøkter og observerte 342 ansikt til ansikt vurderinger. Han observerte hvordan sykepleiere kategoriserte pasienter ut ifra tilstand under ankomst, og hvordan de fulgte rutiner på organiseringen av pasienter etter hastegrad, og hvor mye de eventuelt brukte faglig skjønn i arbeidet. Johannessen gjennomførte videre semi-strukturerte intervjuer med syv sykepleiere, to leger og to mellomledere. Hovedfunn viste at sykepleierne aktivt brukte rutiner for kategorisering av tilstand, men også eget faglig skjønn. Bruk av faglig skjønn var

spesielt viktig i de tilfeller hvor sykdommer ikke var enkelt å kategorisere (Johannesen, 2018).

2.4 Forskning på sosialt arbeid

Forskningen som presenteres er direkte knyttet til problemstillingen. Studiene som blir tematisert videre, tar opp betydningen av sosialfaglig arbeid på en legevakt og hvilken betydning kompetanse kan ha i møte med personer som har rusmiddelutfordringer. Innenfor feltet som berører problemstillingen for denne oppgaven er det, til min kunnskap, lite forskning, med unntak av en studie som omhandler betydningen av sosialfaglig oppfølging etter rusmiddelforgiftning på Oslo legevakt (Vallersnes et al., 2016), en studie om oppfølging etter skade og høyt rusinntak (Melhus & Vold, 1997) og en artikkel som diskuterer kompetanse på legevakt (Auerbach & Mason, 2010) og en om profesjonelles holdninger til alkoholbruk og hvilke implikasjoner dette kan få for praksis.

Det jeg finner av nasjonal forskning er knyttet til oppfølging av barn og unge med rusmiddelutfordringer ved Oslo legevakt (Melhus & Vold, 1997; Vallersnes et al., 2016). I den ene studien fra Oslo legevakt fulgte forskere barn og unge i aldersgruppen 16-22 og 23 til 27 år som hadde vært innlagt med rusmiddelforgiftning i 2003, 2008 og i 2012. 1323 pasienter var rekruttert til å delta i studien. Tall ble sammenlignet fra pasienter som hadde vært innlagt med rusmiddelforgiftning både før og etter at Oslo legevakt startet opp et eget intervensjonsprogram «Ungdom og rus» i 2011. Tiltaket hadde en spesialisert oppfølging som bestod av sosialfaglig personell som skulle følge opp barn og unge etter den medisinske ivaretagelsen. Hovedfunn fra studien var at flere pasienter ble henvist til tiltaket «Ungdom og rus» for oppfølging og flere ble henvist til rusoppfølging spesialisthelsetjeneste etter at tiltaket ble opprettet (Vallersnes et al., 2016, s. 5).

I den andre studien fra Oslo legevakt, registrerte Oslo skadelegevakt i 1994 antall henvendelser av vold over et år (Melhus & Vold, 1997). Studien tematiserte hvor mange unge som ankom legevakten med en skade der rusinntak ble vurdert som årsak til skaden. Studien undersøkte i tillegg hvor mange som ble henvist til sosialfaglig oppfølging. Undersøkelsen registrerte 2545 pasienter som hadde vært utsatt for vold og ble behandlet

ved Oslo legevakt. Innhentingene registrerte at nær halvparten av antallet gjaldt unge menn fra 18-40 år som var skadet på utesteder eller på gaten hvor det kunne antas at rusinntak var en del av årsaken til skaden. Av 2545 pasienter ble 13 sendt til videre samtaler hos psykiater/psykolog og 79 pasienter ble henvist til oppfølging ved Sosial og ambulant akuttjeneste ved Oslo legevakt.

Det som finnes av forskning på sosialfaglig arbeid på akuttmottak, har vist at sosialfaglig personell klarer å håndtere krevende og komplekse saker som fører til at færre pasienter blir fraktet til sykehus for ytterligere oppfølging (Auerbach & Mason, 2010). Sosialfaglig ansatte blir ofte koblet på i de mest krevende sakene. Studiet påviser viktigheten av å ha sosialfaglig ansatte på legevakt som kan hjelpe mennesker som ofte ikke er i stand til å oppsøke øvrig hjelpeapparat på egenhånd. Særlig gjelder det hjelpetrengende som er i behov for flere tjenester på en gang, som rus, psykisk helse og andre sosiale utfordringer. Til tross for disse funnene etterspør fagmiljøer mer forskning på betydningen av å arbeide sosialfaglig på akuttmottak (Moore, Ekman, & Shumway, 2012).

Videre kan kunnskap om alkohol og kulturelle forestillinger hos profesjonelle som arbeider med ruspasienter være med på å kaste lys over problemstillingen. For å prøve å forstå dette har jeg trukket frem en doktorgradsavhandling «Diskursive ressurser i rusarbeid- ein analyse av praksisforteljingar» av sosionomen Selseng (2017a). Hun gjennomførte en studie på flere NAV-kontorer i løpet av 2012 og 2013, hvor hun intervjuet 23 saksbehandlere som fulgte opp brukere med ulike rusmiddelutfordringer. Hun tematiserte i sin doktorgradsavhandling hvordan profesjonelles kulturelle forestillinger påvirker måten mennesker med rusmiddelutfordringer blir møtt og forstått. Det tematiseres blant annet at samfunnets syn på alkohol og beruselse gjenspeiles i hvordan denne gruppen blir ivaretatt. Det vises til at kulturelle forestillinger skapes blant annet av massemedia og fra film. Selseng skriver at positive drikkehistorier er med på å ufarliggjøre bruk av alkohol. Positive drikkehistorier er positive historier knyttet til drikking, hvor negative opplevelser med bruk av alkohol blir endret til positive historier som ufarliggjør bruk av alkohol (Selseng, 2017b, s. 89). Dette kan føre til at personer som har alkoholutfordringer ikke får den oppfølgingen de burde ha fått (Selseng, 2017b). Selseng (2017b) viser i denne sammenheng til en studie av forskerne Tutenges og Sandberg (2013). De intervjuet 115 dansker mellom 16 og 26 år og i tillegg

svarte de på spørreskjemaer om eget forhold til alkohol. Data for studien var samlet inn på Sunny Beach i Bulgaria sommeren 2007 og 2008. Stedet er kjent for festing, fyll og ungdommer på ferie (Tutenges & Sandberg, 2013, s. 2). Studien fant en sammenheng mellom drikkehistorier og handling. Ungdommene assosierte alkohol med positive historier knyttet til drikking, som for eksempel morsomme historier om mennesker i beruset tilstand (Tutenges & Sandberg, 2013, s. 3). Studien viste et sterkt samspill mellom drikkehistorier og drikkeatferd. De unge neglisjerte alvorlighetsgraden ved et høyt inntak av alkohol. Negative opplevelser med bruk av alkohol blir endret til positive historier som ufarliggjør bruk av alkohol.

2.5 Forskning om utfordringer med håndtering av ruspasienter

Jeg fant lite forskning som berører forskningsspørsmålet i denne oppgaven. Jeg fant to norske studier jeg vil presentere, en fra legevakt og en fra sykehus (Johansen, Carlsen, & Hunskaar, 2011; Lid, Oppedal, Pedersen, & Malterud, 2012). Jeg har videre valgt å ta med en studie som ser på hvordan fagfolk forstår ulike somatiske helsetilstander og hvilke utfordringer dette kan medføre (Album & Westin, 2008).

Ved Stavanger universitetssykehus har det vært forsket på om det kan ha en effekt å kartlegge rusproblemer hos pasienter som innlegges sykehus med en somatisk diagnose som skyldtes høyt alkoholinntak og hvilke utfordringer ansatte selv mener om oppfølgingen som gis (Lid et al., 2012, s. 531). 14 ulike fastleger ble valgt til å delta i studien på bakgrunn av at de hadde pasienter innlagt med en somatisk sykdom som skyldtes høyt alkoholforbruk i løpet av 2010 på Stavanger universitetssykehus. Studien viste at innleggelse på sykehus åpnet opp for en ny mulighet til å snakke om rusmiddelutfordringer, og flere pasienter var villige til å prate om egne rusmiddelutfordringer. Studien illustrerte hvordan fastlegene fikk påvist begynnende uheldig rusutvikling hos egne pasienter som ikke var kjent for fastlegene fra tidligere. En samtale om rus på et sykehus kunne være en unik mulighet for å avdekke rusmiddelutfordringer på et tidlig tidspunkt (Lid et al., 2012, s. 532). Samtalen om rus ble ansett som en mulighet for en positiv endring av egen livssituasjon, og flere mente at samtalen hadde fungert som en «vekker» for å kunne gjøre noe med egne rusmiddelutfordringer. På den andre siden fant man at oppfølgingen som ble tilbudt etter

innleggelse for pasienter med alkoholproblematikk var lite helhetlig og lite standardisert. Flere ansatte i studien formidlet at det var lav prioritet på sykehuset for mennesker med rusmiddelutfordringer, og ivaretagelsen av pasientene var vilkårlig. Noen formidlet at det virket mer eller mindre tilfeldig om rusmiddelutfordringer ble behandlet eller ikke under et sykehusopphold. Fastlegene ville at sykehuset skulle ta mer ansvar for denne gruppen av pasienter før utskrivelse, fordi i henhold til alvorlighetsgraden av problemet, burde sykehuset opptre på samme måte som når andre alvorlige forhold blir identifisert (Lid et al., 2012, s. 533).

En studie fra Stavanger sykehus ønsket å utforske hvordan legevaktpasienter ble håndtert, for å undersøke mulige måter å forbedre legevakttjenestene på (Johansen et al., 2011). Forskerne gjennomførte foksugrupperintervju og kvalitative intervjuer med leger ansatt på forskjellige steder i Norge. Alle som ble intervjuet var opptatt av at de opplevde at sikkerheten ikke ble godt nok ivaretatt. Legene opplevde ofte at de var utsatt, og mange hadde opplevd ubehagelige opplevelser med pasienter som hadde psykisk sykdom eller rusmiddelutfordringer. Flere var usikre på hva de skulle gjøre i kontakt med denne gruppen. Studien konkluderte med at det ville være bedre å tilrettelegge for kontakt med denne brukergruppen ved å ha standardiserte intervensjoner og retningslinjer som sa noe om hvor gruppen kunne bli henvist videre ved behov. Legene etterspurte også egnede rom og nok tid til hver enkelt pasient.

En studie fra 2002 illustrerer hvordan sykdommer kunne ha ulik prestisje blant ansatte (Album & Westin, 2008). Studien kan være relevant for å forstå utfordringer som kan oppstå i møte med barn og unge som har rusmiddelutfordringer. 1295 leger og legestudenter i Norge svarte på et spørreskjema hvor de skulle rangere medisinske sykdommer etter anseelse. Sykdommer som kom fra kroppens øvre deler, som hjernesvulst og hjertesykdommer, var sykdommer som var ettertraktet å arbeide med. Sykdommer som ikke var definerbare, slik som for eksempel angstproblematikk, hadde liten popularitet hos leger. Sykdommer som ikke kunne lokaliseres på et bestemt sted på kroppen hadde lavest rang (Album & Westin, 2008, s. 182). Hvordan sykepleierne i denne studien anser ulike tilstander etter rang, kan være med på å forstå hvordan rusproblematikk blir forstått innen et

medisinsk hierarki, i og med at rusmiddelutfordringer ikke nødvendigvis lar seg standardisere eller kategoriseres til et bestemt sted på kroppen.

3 Teoretisk og analytisk grunnlag

Funn fra empiri og min erfaring fra tema gjør at jeg velger å gjøre rede for følgende teorier: teori om tidlig intervensjon og forebyggende rusarbeid, teori om «Bakkebyråkratene» og Human service organisations, og teori om skjønn.

3.1 Tidlig intervensjon og forebyggende rusarbeid

Tidlig intervensjon betyr «Å gripe inn så tidlig som mulig før et problem utvikles» (Helsedirektoratet, 2010, s. 9). I forebyggende arbeid innebærer det et ønske om å gripe inn helst før problemet har rukket å utvikle seg (Helsedirektoratet, 2010; Nesvåg et al., 2007). Begrepet tidlig intervensjon (forebyggende arbeid) kan deles inn i ulike prosesser og nivåer, og brukes om tiltak som settes i gang tidlig i en problemutviklingsprosess. Man skiller mellom selektive og indikative nivåer (Nesvåg et al., 2007, s. 7-8). Selektive nivåer er det første nivået, og settes i gang når det er en definert risiko knyttet til enkelte grupper. Ofte er dette grupper som har flere risikofaktorer samtidig, som for eksempel barn og unge med skolefravall og som i tillegg lever i barnefattigdom. Indikative nivåer klarer å skille ut individer med en konkret adferd som er knyttet til risiko og hvor en kan observere at et problem har oppstått. Man kan altså observere at det enkelte individet har utviklet et konkret problem og har en begynnende risikofylt atferd. Dette kan for eksempel være barn og unge som oppsøker legevakt fordi de har inntatt for mye rusmidler. Det siste nivået i denne problemutviklingsprosessen klarer å skille ut og observere at et problem har oppstått (Nesvåg et al., 2007, s. 7). Dette kan være barn og unge som har kommet så langt i en problemutviklingsprosess at de går i behandling og har fått en diagnose for rusmiddelutfordringer. I denne oppgaven er det nærliggende å tenke forebyggende arbeid på et indikativt nivå, hvor det er enkeltindivider det knyttes bekymring til på bakgrunn av høyt rusinntak i kontakt med legevakt.

Bruk av rusmidler kan utvikles videre til å bli tre ulike problemer: risiko for skade i form av sykdom og ulykker, risiko for avvik i forhold til majoritetsbefolkningen og utvikling av en rusavhengighet (Nesvåg et al., 2007, s. 7-8). Avvik vil i denne sammenheng bety: «I hvilken grad man bruker feil type rusmidler, til feil tid, på feil sted, i feil mengder og/eller av feil grunner sammenlignet med hva som anses som akseptabelt i den referansegruppen man

forholder seg til» (Nesvåg et al., 2007, s. 8). Denne oppgaven omhandler barn og unge som utsetter seg selv for skade i form av engangsbruk, ved å påføre seg selv sykdom ved høyt rusinntak eller skade på seg selv eller andre som vil utgjøre størst risiko.

Videre vil kunnskap og holdninger blant helsepersonell til mennesker med rusmiddelutfordringer være viktig med hensyn til hvilken hjelp og støtte de får. Det viser seg at kunnskap om rus og skadevirkninger fører til mindre fordommer overfor gruppen som har rusmiddelutfordringer. Økt kunnskap fører til at flere får en samtale om rus (Nesvåg, 2012). Mange som har rusmiddelutfordringer kan føle på skam og skyld, og da er måten helsepersonell møter denne gruppen på viktig (Christiansen, 2012, s. 167-168).

3.2 Bakkebyråkratene

En teori som kan være med på å forstå hva som skjer og gjøres mellom ansatte og barn og unge som har rusmiddelutfordringer, er teorien om Street-level bureaucracy, eller oversatt til norsk «Bakkebyråkratene» som ble tematisert av statsviteren Lipsky (1977).

Bakkebyråkratene representerer sosialpolitikken i praksis, og er et bindeledd mellom regjeringen og folket (Lipsky, 1977, s. 196). Bakkebyråkratene er det laveste nivået i organisasjonen, og er ofte de som har den daglige kontakten med brukerne. Kjennetegn ved bakkebyråkratene er at de ofte arbeider under stressende arbeidsforhold, og eksempler på en «bakkebyråkrat» kan være en sosialarbeider eller annet helsepersonell.

Bakkebyråkratene har selvstendighet til å kunne ta skjønnsmessige avgjørelser som vil påvirke brukerne, men Lipsky (1977) hevder at organisatoriske rammebetingelser som høyt stressnivå gjør at skjønnsutøvelsen i tjenestene i praksis blir begrenset. Informantene i min studie er sykepleiere som arbeider i front. De befinner seg på det laveste hierarkiet i organisasjonen som møter barn og unge med rusmiddelutfordringer, og kan ut fra Lipskys forståelse av begrepet, defineres som «bakkebyråkrater».

Lipsky (1977) tematiserer utfordringer ved at «bakkebyråkratene» sjeldent vet hvorfor tjenestene egentlig utøves, og de har vanskeligheter med å se målsetningen med arbeidet som gjøres. Som er resultat av dette, kan ansatte i front benytte seg av ulike mestringsstrategier for å skape mening ved bruk av systemer, eksempelvis velger å

standardisere tjenester fremfor å bruke skjønnsutøvelsen for å yte individuelle forskjeller. Djupvik og Eikås (2016) viser til teorien til Lipsky (1977) og hevder at når det er uklart politisk hva en organisasjon skal prioritere av arbeidsoppgaver, trengs det regelverk som er fleksibelt og som muliggjør prioritering av arbeidsoppgaver. I følge Lipsky (1977, s. 196) er profesjonsutøvere på bakkeplan derfor utøvere av sosialpolitikken. Ofte er politikk et resultat av kompromiss, og som en konsekvens er derfor retningslinjer på hva profesjonsutøvere skal og bør gjøre ofte uklare. Dette medfører behov for fleksibilitet innad i organisasjonen (Djupvik & Eikås, 2016, s. 67-68). Bakkebyråkratene står derfor i et krysspress mellom å følge gjeldende regelverk og målsetninger for organisasjonen på den ene siden, og utøve skjønn på den andre. De må velge hva som gir flest fordeler i hvert tilfelle. Spenningen mellom byråkratiske organisasjonsformer, profesjonsnormer og krav fra klientene er grunnleggende trekk ved bakkebyråkratiet (Djupvik & Eikås, 2016, s. 72). Lipsky (1977) mener at arbeidsvilkårene til ulike profesjonsutøvere som befinner seg på bakkeplan har noen likhetstrekk - ofte er det stort arbeidspress og lite ressurser. Mangel på tid er en utfordring og det er ofte for lite tid som kan avsettes til brukeren. Masseproduksjon av tjenester og målsetting for organisasjonen har blitt mer viktig enn tilrettelegging for enkeltindividet.

Lipsky (1977) mener at det oppstår ulike mestringsstrategier blant ansatte for å klare å håndtere en stressende arbeidssituasjon samtidig som man skal håndtere det unike ved enkeltmennesker. Ansatte i disse organisasjonene kan utforme egne praksiser for å håndtere presset. Lipsky (1977, s. 201) bemerker at rutiner og forenklinger blir benyttet for å løse byråkratiske utfordringer og at dette kan virke stabiliserende. Mønstrene utvikler seg gjerne til å bli permanente mestringsstrategier for arbeidsplassen (Solheim & Øvreid, 2001). Som en måte å overleve på i en stressende jobb med press fra profesjonelle krav på den ene siden og praksisfeltet på den andre, kan profesjonsutøverne danne kategorier eller stereotyper som plasserer klientene i (Djupvik & Eikås, 2016, s. 81). Følgende av en forenklet fremstilling av det komplekse og unike ved hvert menneske kan få store konsekvenser for individet (Lipsky, 1977, s. 197). Ofte er det standardiserte, objektive målbare størrelser som blir viktig å strebe mot fordi dette er målbart, og faktorer som å gå utenfor det standardiserte, håndteringen av «gråsoneproblematikken» blir derfor vanskeligere å rettfærdiggjøre for organisasjonen (Djupvik & Eikås, 2016; Lipsky, 1977).

Profesjonsutøvere kan utføre «forenklinger» ved å unngå kompliserte tilfeller og kun forholde seg til det som er målbart og standardisert. Lipsky (1977) tematiserer at presset for å møte mennesker i førstelinjen gjør noe med de ansatte, og at profesjonsutøvere kan vise til rutiner for å slippe å involveres personlig i ulike sakstiltfeller. Ansvarsforholdet er ofte fragmentert, og profesjonsutøverne føler ofte ikke et personlig ansvar i de enkelte møtene med mennesker som er i behov av bistand.

3.3 Human service organisations

For å forstå konteksten til organisasjoner som «bakkebyråkratene» ofte jobber under, er det nødvendig å se på hva som kjennetegner disse organisasjonene. Kjennetegn ved human service organisations, oversatt til menneskebehandlernde organisasjoner, behandler mennesker fra en tilstand til en annen (Hasenfeld, 2010a). Min studie tematiserer barn og unge som oppsøker legevakten for å få en tjeneste, og kan derfor betegnes som en human service organisation- eller oversatt til norsk: en velferdsorganisasjon. Tematisering av hvordan «human service organisation» fungerer kan være nyttig for å forstå hvordan de ansatte handler som de gjør i møte med ruspåvirkede barn og unge på en legevakt. Pasientene i disse organisasjonene er «raw material», de går fra å inneha en rolle som et individ til å bli en pasient og blir kategorisert inn i en rolle og et system. Hasenfeld (2010a) hevder at organisasjoner som mennesker er avhengig av i livene sine, innehar en spesiell rolle. De som oppsøker de ulike organisasjonene, er helt avhengig av de ansatte for å få den hjelpen de har krav på.

I tillegg til å være en human service organisation, kan en legevakt kjennetegnes av å være et profesjonsbyråkrati. Et profesjonsbyråkrati har ofte ansatte med teoretisk utdanning og har autorisasjon for å utføre visse typer tjenester, slik som sykepleiere og leger har på en legevakt. Organisasjonen er ofte stor og har mange ansatte (Mintzberg, 1980). Makta innehar ansatte i kraft av den faglige ekspertkompetansen og sin profesjonalitet. Den teoretiske utdanningen blir brukt sammen med faglig skjønn til å løse ulike oppgaver (Djupvik & Eikås, 2016, s. 61). I legevaktstjenester bruker for eksempel leger og annet legevaktpersonell legevakthåndboken i det praktiske arbeidet (Norsk senter for legevaktmedisin, u.å.). I boken står det for eksempel hvordan rusmiddelforgiftninger og

andre rusmiddelutfordringer skal håndteres. Ansatte i et profesjonsbyråkrati utøver arbeidet sitt selvstendig, uten særlig styring fra ledelse. Ledelsen er avhengig av at de ansatte kan utføre spesialiserte og standardiserte arbeidsoppgaver, og dette gir de ansatte autonomi. De ansatte jobber fritt så lenge de leverer på de standardiserte oppgavene (Mintzberg, 1980). Ofte opereres det med en standardisering av klienter og pasienter som gjør gruppen mer håndterbar, for eksempel hjertepasienter på et sykehus (Mintzberg, 1980, s. 334). Utfordringer kan imidlertid oppstå når oppgaver som skal løses faller mellom ulike profesjoner. I helse- og sosialsektoren blir dette ofte kalt «gråsoneproblematikk» (Djupvik & Eikås, 2016, s. 65). Professorene Rittel og Webber (1973) forklarer «whicked problems» som problemer som ikke lar seg forklare av en bestemt årsak, og ofte er det flere faktorer som kan være med på å forklare problemet. De sammenligner sosiale problemer med vitenskapelige «tamme» problemstillinger som derimot ofte lar seg generalisere og forklares objektivt (Rittel & Webber, 1973, s. 161).

Profesjonsutøverne er ofte godt trent på å håndtere standardproblemer, men kan ha utfordringer med å finne løsninger på alternative utfordringer (Djupvik & Eikås, 2016, s. 66). Hasenfeld (2010b, s. 97) hevder at møtene med pasienter ikke er nøytrale, og pasientene kan oppleve å bli kategorisert inn i stereotyper særlig når den ansatte har mange pasienter og lite tid til hvert enkelt menneske i en travel og stressende hverdag. Hasenfeld (2010a) hevder at det kan være en mestringsstrategi for den enkelte ansatte å ikke ta stilling til det komplekse ved mennesket, og heller kategorisere de inn i kjente sykdomskategorier.

Hasenfeld (2010a, s. 13) hevder at når det er knapphet på ressurser, blir de som blir kategorisert som spesielt trengende, prioritert. Det kan føre til at det kan bli noe tilfeldig hvem som får hvilken hjelp. Moral styrer hvem som er sosialt akseptert som hjelpetrengende for den gitte organisasjonen. Ansatte kan være med på å fremheve grupper og kan være med på å usynliggjøre andre grupper. Disse rutinene hevder Hasenfeld kan være innlærte i organisasjonen siden alle gjør det samme, og kan derfor være vanskelig å avdekke. De ulike profesjonene er med på å beskytte og opprettholde dette (Hasenfeld, 2010a, s. 17). Organisasjonen danner noen regler for moralske verdier som skal være egnet for organisasjonen, og som det jobbes etter hos de ansatte. Det påpekes fra professorene Høilund og Juul (2015 s. 59) at ansatte ofte lar seg styre inn i allerede etablerte

institusjonelle logikker, og de kaller det for skjult maktutøvelse. Et eksempel på dette er hva som defineres som et problem og hvordan det skal løses i det praktiske arbeidet, altså hvem som er berettiget hjelp og hva som ansees å være den korrekte behandling av dette problemet (Høilund & Juul, 2015, s. 60). Hasenfeld (2010a, s.18) tematiserer hvordan en organisasjon og ansatte nøytraliserer pasienter, og gjør de hjelpetrengende enklere å håndtere. Et eksempel på å nøytralisere klienter, er bruk av diagnosekriterier (Hasenfeld, 2010a; Mintzberg, 1980). Diagnoser kan gi hjelp til klienten samtidig som det kan føre til at det blir vanskelig å se annen problematikk hos den hjelpetrengende. Hasenfeld (2010a, s. 20) viser i denne sammenheng til en internasjonal studie av Wellstood, Wilson & Eyles (2005) som hevder at venterom på offentlige sykehus er med på å eliminere de som ikke passer inn, såkalt «Whicked problems». «Whicked problems» er sosiale fenomener som ikke så lett lar seg standardisere eller kategorisere (Rittel & Webber, 1973). Professorene Rittel og Webber (1973, s. 162-163) tematiserer at disse fenomenene må forstås ut fra kontekst og ikke bare etter en generell standardisering. De mener at dette vil begrense forståelsen. Overførbart til denne oppgaven kan dette forstås som at det blir utøvd kontroll på sykehus eller legevakt ved å sortere pasientene inn i passende kategorier for årsak til ankomst og dette kan føre til at pasientene ikke får hjelp på andre områder.

3.4 Bruk av skjønn

I byråkratiske organisasjonsformer hvor de profesjonelle befinner seg på bakkeplan bruker ansatte ofte skjønn i møte med hjelpetrengende (Hasenfeld, 2010b; Lipsky, 1977; Mintzberg, 1980). Lipsky (1977) hevder at skjønnsutøvelse er noe som kjennetegner de som befinner seg i direkte kontakt med hjelpetrengende og Hasenfeld (2010a) bekrefter at dette kjennetegner institusjoner som behandler hjelpetrengende. I dette studiet befinner informantene seg i direkte kontakt med barn og unge med rusmiddelutfordringer, og det er derfor relevant å se nærmere på bruk av skjønn. Det er interessant å se på hvordan informantene i dette studiet bevisst bruker skjønn og eventuelt ikke, for å forstå hvordan informantene tenker i de ulike møtene.

«We know more than we can tell» er et kjent sitat av vitenskapsmannen Michael Polanyi som har hatt stor innflytelse på begrepet taus kunnskap. Han hevder at mennesker har mer

kunnskap enn de kan uttrykke og at denne kunnskapen er en forutsetning for all forståelse (Polanyi & Sen, 2009, s. 4). Grimen & Molander (2008, s.179) hevder at mennesker resonerer seg frem til riktig handlingsalternativ i enkelttilfeller ved bruk av skjønn og dømmekraft, i tillegg til generelle handlingsregler som for eksempel rutiner. Kjenne tegn på profesjonelt arbeid er at det brukes mye skjønn i arbeidet (Grimen & Molander, 2008; Hasenfeld, 2010b; Lipsky, 1977). Fravær av skjønn vil føre til at alle arbeidsoppgavene utføres på samme måte, og det vil være samme hvem som utfører dem. Imidlertid har profesjonsutøvere ulik forståelse av hva som defineres som generelle handlingsregler i konkrete enkelttilfeller, og det må foreligge noe standardisert som er likt for yrkesgruppen (Grimen & Molander, 2008). Skjønn tar utgangspunkt i hva som kan være formålstjenlig i en situasjon og baseres på vurderinger i konkrete enkelttilfeller, og vil derfor være noe forskjellig fra utøver til utøver. Denne forståelsen kan ha overføringsverdi til min egen studie, for eksempel når ansatte på en legevakt bruker skjønn i vurderingen av unge pasienter med rusmiddelutfordringer. Den profesjonelle må ta stilling til hva som er rutine på arbeidstedet, altså hvordan andre pasienter i samme situasjon skal bli behandlet, og i tillegg må den ansatte resonere seg frem og ta individuelle hensyn (Grimen & Molander, 2008, s. 180). Ofte må skjønn utøves innenfor organisasjonens grenser (Djupvik & Eikås, 2016). Grimen & Molander (2008, s. 181) viser til rettsfilosofen Ronald Dworkin (1978) når de beskriver skjønn som en smultring hvor det eksisterer som: «An area left open by a surrounding belt of restriction». I denne sammenheng forstått som handlingsalternativer som følger noen restriksjoner, men med mulighet for skjønnsutøvelse i enkelttilfeller, som representerer hullet i smultringen. Bruk av skjønn må derfor forstås ut fra ulike forhold som påvirker skjønnnet. Sammenlignet med dette studiet må bruk av skjønn hos ansatte forstås ut fra rammebetingelsene på en legevakt som er en human service organisation, og arbeidsvilkår som kjennetegner «bakkebyråkratene». Skjønnets omstendigheter er derfor viktig for å forstå hvordan skjønn praktiseres (Grimen & Molander, 2008).

4 Metode

I dette kapittelet vil jeg presentere metoden som er valgt for å gjennomføre studien. Først redegjør jeg for det vitenskapsfilosofiske grunnlaget og valg av metode. Her blir også mitt eget ståsted utdypet. Videre blir utvalg, datainnsamling og analyse beskrevet. Deretter blir studiens reliabilitet, validitet og generalisering løftet frem. Til slutt presenteres etiske refleksjoner.

4.1 Vitenskapelig utgangspunkt

I denne studien har jeg valgt et overordnet hermeneutisk perspektiv. Hermeneutikk betyr fortolkningslære og fortolkningen innebærer å utforske et dypere meningsinnhold i det som skal utforskes (Thagaard, 2013, s. 41). Hermeneutikken er opptatt av å forstå sammenhengen i det som skal utforskes, altså å se delene i lys av helheten (Thagaard, 2013). Jeg har videre blitt inspirert av fenomenologien. Fenomenologien er opptatt av hva som gir mening for noen, gjerne løfte noen beskrivelser som igjen kan gi en tydeligere helhetlig forståelse av noe (Thomassen, 2006). Jeg viser til bruk av egen forforståelse i studiet, og funn fortolkes ut fra teori og empiri fra feltet. Mitt eget ståsted blir derfor viktig og vil nå bli redegjort for.

4.2 Eget ståsted

Jeg har jobbet med ungdom og rusproblematikk i åtte år på en legevakt. Min forforståelse har blitt dannet på bakgrunn av egen erfaring gjennom å ha arbeidet med barn og unge med rusmiddelutfordringer og min bakgrunn som sosionom. Jeg har erfart at bistanden barn og unge med rusmiddelutfordringer får i møte med en legevakt varierer. Ut ifra egen erfaring var det spesielt interessant for meg å undersøke hvorfor det var variasjoner i type oppfølging som tilbys denne gruppe av pasienter. Min erfaring etter å ha jobbet med barn og unge med rusmiddelutfordringer på en legevakt, vil prege oppgaven. Det har påvirket meg at jeg i utgangspunktet er positiv til at denne gruppen bør få oppfølging på legevakt. Mitt ståsted har påvirket datainnsamlingen, analysen og drøfting av funn. Det kan ha farget meg i valg av meningsbærende koder under analysen, innsamling av litteratur på feltet og min argumentasjon i drøftingen. Jeg har derimot forsøkt å legge min forforståelse til side og egen erfaring fra temaet under hele prosessen- fra start til slutt.

Underveis har jeg vært lydhør for tilbakemeldinger fra veileder, og brukt tid på å skille hva som er egne vurderinger under datainnsamlingen og analysen, og hva informantene faktisk sier. Jeg har vært kritisk i vurderingen av om legevakt kan være riktig arena for å jobbe med forebyggende rusarbeid, og har bevisst drøftet de ulike sidene ved dette. Jeg har min teoretiske forankring fra faget sosialt arbeid og jeg er opptatt av å forstå faglige begrunnelser på handlinger som begås i praksisfeltet. Det betyr at jeg har en helhetlig tilnærming til sosiale problemer, hvor jeg mener at det ofte kreves en tverrfaglig innsats i praksisfeltet. Min forståelse av sosiale utfordringer og hvordan dette kan løses, kan ha vært med på å påvirke drøftingen og konklusjonen i denne oppgaven.

4.3 Valg av metode

I denne studien har jeg vært ute etter fylldige beskrivelser fra ansatte i deres møte med barn og unge på legevakt. Det som kjennetegner bruk av kvalitative metoder er å utforske hva som gir erfaringer for noen/ gå i dybden av noe, og kvalitativ metodeinnsamling egner seg derfor best i denne studien (Thomassen, 2006). Jeg ønsket å finne ut av hvordan ansatte på en legevakt beskrev møtene med barn og unge med rusmiddelutfordringer, og intervju kan innhente denne kunnskapen. Kvalitative intervjuer er også godt egnet for et hermeneutisk forskningsdesign (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44-47). Jeg ønsket å forstå informantenes beskrivelser i sitt miljø. Jeg har derfor benyttet meg av semistrukturerte intervjuer som er egnet når en skal sette søkelys på informantens opplevelse av et emne (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44).

4.4 Intervjuguide

Særlig inspirert har jeg vært av fenomenologien når det kommer til intervjuformen og spørsmålsstillingen i denne studien. For det første var jeg opptatt av å forstå temaer fra dagliglivet fra informantenes egne beskrivelser, og dette kjennetegner et kvalitativt forskningsintervju ut ifra et fenomenologisk inspirert perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). Intervjuformen legger grunnlag for fortolkning av fenomenene informanten beskriver (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156). For det andre la jeg opp til intervjuer, med en intervjuguide som var ute etter hvordan informanten beskrev møtene med barn og unge med rusmiddelutfordringer. Jeg var ute etter fylldige, gode beskrivelser fra informantene. Jeg

lot informantene snakke fritt under intervjuet, og brukte intervjuguiden som en støtte. Rekkefølgen på tema og spørsmål ble tilpasset intervjuet og informantens beskrivelser underveis i intervjuet. Selv om intervjuguiden hadde åpne spørsmål og jeg lot informantene snakke fritt, hadde jeg noen standardiserte temaer og spørsmål til alle informantene. I tillegg hadde jeg noen underspørsmål under hovedtemaene for å få dekket utfyllende beskrivelser om emnet som skulle utforskes. Til tider var det nødvendig med tilleggsspørsmål for bedre å belyse hva informanten mente. Åpne spørsmål var med på å få til en god dialog rundt emnet. Intervjuguiden hadde flere åpne spørsmål som la til rette for gode beskrivelser av emnet, og dette kjennetegner kvalitative intervjuer (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016). Resultatet ble fyldige svar om tema fra informantene. Intervjuguiden la videre opp til åpenhet for nye temaer som ble tematisert av informanten under intervjuet, og som kunne være med på å belyse tema og problemstilling. Dette valgte jeg fordi jeg var ute etter så fyldige beskrivelser fra informantene som mulig, og som kunne være med på å utfylle tema og problemstilling. I tillegg til å analysere hva som ble sagt av informanten la jeg også vekt på tone, kroppsspråk og latter for å sette svar i sammenheng med situasjon og spørsmål.

4.5 Utvalg

Jeg valgte et strategisk utvalg av informanter som skulle delta i denne studien. Et strategisk valg av informanter vil si at forskeren bestemmer hvilken målgruppe som må delta for å få samlet inn relevant data til en bestemt studie (Johannessen et al., 2016, s. 117).

Utvalgsriteriene var å inkludere informanter som hadde erfaring med å møte barn og unge med rusmiddelutfordringer på legevakt. Det var et bevisst valg å intervju informanter med lang erfaring, med mål om fyldige og reflekterende beskrivelser av tematikken. Det var ønskelig å intervju ansatte som hadde arbeidet i over 10 år med denne gruppen på legevakt. Videre ønsket jeg informanter fra et representativt utvalg av legevakter i Norge. For å få rikelig informasjon til analysen ville jeg ha informanter fra ulike legevakter.

Jeg kontaktet tre ulike legevakter som dekket et område på mellom 80.000 – 150.000 innbyggere. Utvalget av legevakter var representativt for legevakter i Norge (Morken et al., 2016, s. 11). Med opplyste utvalgsriterier kontaktet jeg leder ved ulike legevakter for å rekruttere informanter. Ledere fra de ulike legevaktene valgte til sammen syv informanter

som ville delta i individuelle intervjuer. En trakk seg før intervjuet. Informanten som trakk seg, ønsket ikke å delta på grunn av lite kunnskap og erfaring om tema for studien. Jeg endte derfor opp med seks informanter i denne studien. Jeg valgte en informantgruppe bestående av sykepleiere, fordi de hadde kjennskap og lang erfaring med å møte barn og unge med rusmiddelutfordringer på legevakt. Det var ingen sosialarbeidere ansatt på legevaktene. Noen av informantene hadde videreutdanning i psykisk helse og rusarbeid, og flere hadde tidligere erfaring fra praksisfeltet med denne pasientgruppen.

Etter intervjuene og transkriberingen gikk jeg gjennom data som var samlet inn for å vurdere om jeg hadde nok data som kunne belyse problemstillingen. Jeg konkluderte med at datamateriale jeg hadde samlet inn var både adekvat og godt nok til å belyse problemstillingen. Jeg valgte derfor ikke å inkludere flere legevakter eller informanter.

4.6 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble avholdt på tre forskjellige legevakter, og ble gjennomført på de respektive legevaktene når informantene var på jobb, jf. tabell 1. Vi fikk eget rom og kunne sitte uforstyrret. Det var ønskelig at informanten ikke ble avbrutt av andre og fikk prate så fritt som mulig ut ifra hovedspørsmål og temaer i intervjuguiden. Det var tre informanter fra en legevakt, to fra en annen og en fra den tredje. Selve intervjuene varte i 30-45 minutter. Det ble valgt individuelle intervjuer fordi jeg ønsket fyldige beskrivelser av fenomenet som skulle utforskes. Det ble brukt diktafon under intervjuene, og dette ble gjort for å få til en så god dialog som mulig mellom meg og informanten. Bruk av diktafon gjorde at jeg ikke behøvde å notere under intervjuene, og kunne bruke min fulle oppmerksomhet mot dialogen og informanten. Likevel vil en intervjusetting alltid innebære et asymmetrisk maktforhold mellom forskeren og den som blir intervjuet. Intervjuet har en utspørring som går i en retning, og har et definert mål utarbeidet av forskeren (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 51-52). For å motvirke denne skjevheten stilte jeg et åpent spørsmål tilslutt om informanten ønsket å tillegge eller kommentere noe. Flere av informantene valgte i intervjuet å gi tilleggsopplysninger til temaet. Dette var viktig og interessant fordi jeg fikk opplysninger som kunne være med på å beskrive tema og problemstilling ytterligere.

Tabell 1: Oversikt over informantene og antall innbyggere per legevakt.

Informant	Yrke	Legevakt	Innbyggere
Informant 1	Sykepleier	1	150.000
Informant 2	Sykepleier		
Informant 3	Sykepleier		
Informant 4	Sykepleier	2	100.000
Informant 5	Sykepleier		
Informant 6	Sykepleier	3	80.000

4.7 Analysen

I henhold til problemstillingen har jeg valgt en analyse som ser på meningsinnhold i de transkriberte intervjuene.

I arbeidet med analysen har forskningsspørsmålet (jf. kapittel 1) fungert som analytiske spørsmål i arbeidet med å systematisere materialet:

Hvilke utfordringer på individ og organisasjonsnivå beskriver ansatte på legevakt om møte med barn og unge som har rusmiddelutfordringer?

Jeg har videre ønsket å belyse hvilke temaer som informantene var opptatt av ved gå i dybden på dette, og derfor har jeg valgt en temasentrert fremgangsmåte (Thagaard, 2013, s.181). Ved bruk av en temasentrert fremgangsmåte bør vi ha uttalelser fra alle informantene om ulike temaer, men det kan også være tema/mønstre i teksten som kan komme fra få informanter, men som sett opp mot helheten kan være interessante temaer (Thagaard, 2013, s. 182). I denne studien har jeg brukt en veiledende intervjuguide for å innhente data, hvor alle informantene har svart på noe av de samme spørsmålene, og en temasentrert analyse kan derfor være egnet. Ved en temasentrert analyse er det behov for å systematisere arbeidet og få en oversikt over innholdet i dataene, samtidig som man må opprettholde det helhetlige (Malterud, 2011; Thagaard, 2013). Temasentrerte analyser blir ofte kritisert for at den ikke ivaretar det helhetlige perspektiv (Thagaard, 2013, s. 181). I

denne studien er det derfor anvendt en systematisk tekstkondensering (STC) basert på Malteruds (Malterud, 2011, s. 96-100) fire trinn for tekstanalyse som ivaretar det helhetlige i datamaterialet:

Vi kan følge analysen i 4 trinn:

1. Å lese gjennom hele datamaterialet og få oversikt.
2. Å knytte kodeord til data som fremhever meningsinnhold i teksten.
3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene.
4. Presentere funn ut ifra hvordan forskeren fortolker hovedpoenger i informantenes beskrivelser.

Metoden er velegnet for en utforskende og beskrivende design (Johannessen et al., 2016; Malterud, 2011; Tjora, 2010).

I første omgang leste jeg gjennom hele datamaterialet for å få oversikt over intervjuene. Etter transkriberingen gikk jeg gjennom materialet og analyserte teksten etter noen hovedtemaer. Jeg stilte meg spørsmål som: Hvilke funn er mest interessante, og hva er typisk for intervjuene? Intervjuene ble lest flere ganger for å få et godt helhetsinntrykk. Jeg forsøkte her å sette egen for forståelse og teoretiske forankringer til side, for å være så åpen som mulig for hva informantene ønsket å formidle.

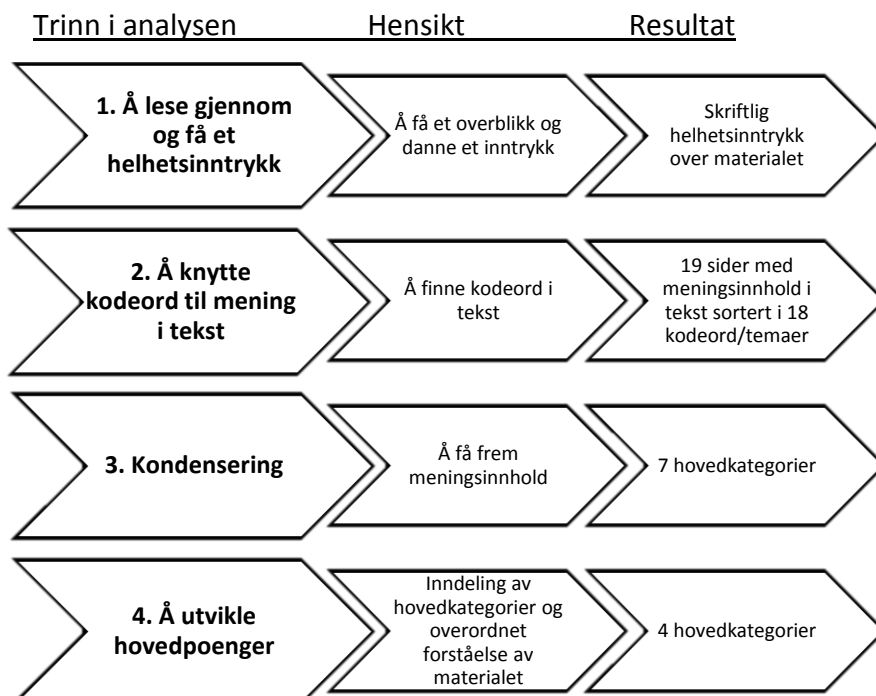
Videre knyttet jeg kodeord til data som fremhevet meningsinnhold i teksten. Jeg gikk gjennom transkriberingene og kodet temaer i marginen på utsagn, som til slutt ble kategorisert. Kodeord og tekst som omhandlet det samme temaet, ble plassert i samme kategori. Jeg forsøkte å bruke de ordene som informantene hadde brukt selv, og som godt beskrev empirien. Kodeordene fortsatte jeg å bruke på neste transkribering, for å se om det var nye kodeord som dukket opp under samme kategori.

Deretter trakk jeg ut de delene som var kodet, såkalt kondensering. Kodene ble lagt i undergrupper. Videre laget jeg et kondensat for hver subgruppe. Kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle subgruppen (Malterud, 2011). Her brukte jeg intervjupersonenes egne ord og begreper fra de meningsbærende

enhetene i «jeg» form. Jeg valgte å markere enkelte sitater eller tematikk som kunne være interessante nyanser, som igjen kunne gi en helhetlig forståelse. Dette kan for eksempel være et «gullsitat» fra en informant. Et «gullsitat» kan være et sitat som illustrerer et godt poeng. Et eksempel fra min studie: «En legevakt er til for å slokke branner».

Til slutt ønsket jeg å sammenfatte eller rekontekstualisere teksten. Her sammenfattet jeg de ulike kondensatene fra forrige trinn, ut ifra hvordan jeg fortolket hovedpoenger i informantenes beskrivelser. I en temasentrert analyse kan det være en fare for at temaene blir løsrevet fra helheten og at en da mister sammenhengen i materialet (Thagaard, 2013). For å kvalitetssikre arbeidet gikk jeg tilbake til det helhetlige materiale før kodingen for å se om det var samsvar med det opprinnelige materialet. Jeg leste eksempelvis gjennom alle intervjuene på nytt.

Tabell 2: Viser hvordan jeg har brukt trinnene i systematisk tekstkondensering (STC) for å analysere datamaterialet i studien.



Hovedfunnene presenteres etter problemstilling og forskningsspørsmål i kapittel 6 og vurderes opp mot teori og annen forskning i kapittel 7.

4.8 Reliabilitet, validitet og generalisering

4.8.1 Reliabilitet

Reliabilitet refererer til hvorvidt et prosjekt er gjennomført på en troverdig og pålitelig måte (Thagaard, 2013). Det handler om at forskeren skal vise leseren at studien er gjennomført på en tillitsvekkende måte (Malterud, 2011). Jeg har styrket reliabiliteten i denne studien ved å gi en detaljert beskrivelse av undersøkelsens teorigrunnlag, metode, resultater og analyse. For å sikre reliabilitet under analysen ble for eksempel ord kategorisert ut ifra temaer som gikk igjen hos alle informantene. Selve analyseprosessen kan på denne måten være med på å sikre reliabilitet. Likevel vil alltid forskerens forforståelse påvirke data som blir ansett som viktig. På den andre siden styres datainnsamlingen av forskeren, og empirien er helt avhengig av at forskeren finner hvilke temaer som er relevante for problemstillingen (Johannessen et al., 2016, s. 34-35). For å sikre reliabilitet er det derfor viktig at forskeren skiller mellom hva som er egne vurderinger og hvilken informasjon som har kommet fra data (Thagaard, 2013, s. 202- 203). Jeg har derfor valgt å ha resultater og diskusjon i hvert sitt kapittel, og på den måten har det kommet tydeligere frem hva som er intervjupersonenes egne beskrivelser og hva som er mine tolkninger. I diskusjonsdelen er det også presisert hvilken informasjon som kommer fra empiri og hva som er mine vurderinger.

For å sikre reliabilitet valgte jeg å stille åpne spørsmål hvor informanten måtte komme med egne refleksjoner for å få så oppriktige svar som mulig. Ledende spørsmål ble derfor ikke benyttet. Det ble brukt en diktafon hvor jeg kort tid etter intervjuene transkriberte ordrett det informantene uttrykte.

Videre vil informantens oppriktighet under intervjuet være med på sikre reliabilitet. En avslappende atmosfære under intervjusituasjonen kan kanskje være med på å påvirke dette. For at informantene skulle slappe av under intervjuet, satt jeg for eksempel frem kaffe og kjeks. Jeg vurderte det som at informantene svarte oppriktig på spørsmålene, og de brukte blant annet god tid på å beskrive tematikken.

4.8.2 Validitet

Validitet betyr i hvor stor grad empirien beskriver det vi ønsker å undersøke (Johannessen et al., 2016, s. 66- 67). For å sikre validitet, er det viktig å ta stilling til om det har blitt brukt en metode for å innhente empiri om studiens problemstilling. Jeg har benyttet meg av kvalitative intervjuer for å sikre informasjon om hvordan informantene beskrev møtene med barn og unge som hadde rusmiddelutfordringer. De subjektive oppfatningene hos informantene lar seg godt innhente ved bruk av kvalitative intervjuer, og valg av metode er derfor med på å sikre validitet i denne studien. Alle informantene fikk hovedspørsmål og tema som skulle besvares. Intervjuguiden fungerte godt, og informantene holdt seg stort sett til spørsmålene. Under selve intervjuene fikk jeg også mulighet til å stille oppklarings spørsmål for å undersøke om jeg hadde oppfattet intervjupersonene riktig. Likevel vil et intervju ikke si noe om hvordan informanten faktisk handler i virkeligheten (Silverman, 2010, s. 39). For å kvalitetssikre relevante temaer og funn fra analyseprosessen, ble dette drøftet med veileder rett etter transkriberingen. Forskeren styrker validiteten gjennom kritisk å gå gjennom analyseprosessen, og gjerne med en annen som kjenner til feltet som studeres (Thagaard, 2013). For å vurdere om resultatene gjenspeiler intervjupersonenes opplevelser, har jeg hele tiden gått frem og tilbake mellom intervjuene, resultatene, problemstillingen og teori.

4.8.3 Generalisering

Kan empirien ha overføringsverdi til å gjelde i andre sammenhenger? Det er sannsynlig at funnene i denne oppgaven kan være overførbart til andre legevakter i landet. De ulike legevaktene representerer et godt utvalg av legevakter i Norge. Størrelsene er også representativt for mange legevakter i Norge (Morken et al., 2016, s. 11). Empirien i denne oppgaven beskriver hvordan ansatte på en legevakt håndterer pasienter som kan ha flere helseutfordringer, og hvor rusmiddelutfordringer er en av årsakene til behandling. Studien kan ha overføringsverdi til andre helseinstitusjoner som arbeider med pasienter som har flere helseutfordringer, for eksempel pasienter med rusmiddelutfordringer i somatiske avdelinger. Min studie kan også si noe om hvordan mennesker som arbeider i førstelinjen kan oppleve arbeidsutfordringer som lite ressurser i møte med sårbare grupper, og hvordan de velger å handle ut ifra dette. Funnene i denne studien beskriver hva slags utfordringer

som kan oppstå på individ- og organisasjonsnivå. Funnene kan ha overføringsverdi til andre velferdsorganisasjoner som har tilsvarende rammebetingelser, for eksempel NAV.

4.9 Forskningsetiske vurderinger

All vitenskapelig virksomhet krever at forskeren forholder seg til etiske forskningsprinsipper (Thagaard, 2013, s. 24). Normer for vitenskapelig redelighet defineres av de nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH) (Nasjonale forskningsetiske komiteer, u.å.). NESH beskriver særskilte etiske forhåndsregler ved behandling av personopplysninger, og meldepliktige prosjekter skal meldes inn til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (Norsk Senter for Forskningsdata, u.å.). Jeg meldte inn mitt prosjekt og fikk godkjenning. Følgende etiske dilemmaer har vært spesielt aktuelle i min studie: verne om identiteten til informantene (konfidensialitet), taushetsplikt overfor tredjepart og håndtering av informert samtykke.

4.9.1 Konfidensialitet

For å verne om identiteten til informantene, var jeg opptatt av diskresjon og at informantene ikke skulle gjenkjennes. Jeg hadde derfor ikke spørsmål om hvilken legevakt de jobbet ved, og jeg utelot spørsmål om alder og kjønn. Informantene fikk tildelt et nummer i datamaterialet for å ivareta konfidensialitet. I oppgaven er informantene anonymisert, og detaljer fra intervjuene som kan være med på å identifisere informantene er utelatt. Jeg var forsiktig med å bruke sitater som kunne være direkte gjenkjennbare. Data ble raskt etter intervjuene transkribert og slettet. Informerte samtykke ble gitt muntlig og ikke skriftlig for å ivareta konfidensialitet.

4.9.2 Taushetsplikt overfor tredjepart

En undersøkelse kan føre til at forskeren får informasjon om tredjepart. Forskingen kan få virkninger for privatliv og nære relasjoner hos personer som ikke selv inngår i forskningen, men som trekkes inn som nærstående til informantene (Nasjonale forskningsetiske komiteer, u.å.). NSD presiserte i sin tilbakemelding til meg at informantene var underlagt Helsepersonelloven og har taushetsplikt når det gjelder opplysninger som kan være med på å identifisere pasienter. Intervjuguiden ble derfor utarbeidet slik at de ikke fikk spørsmål knyttet til enkeltsaker. Dette var noe krevende da jeg opplevde at informantene på eget

initiativ kom med konkrete eksempler fra virkeligheten, slik at jeg måtte begrense skildringene grunnet taushetsplikten.

4.9.3 Håndtering av informert samtykke

Informantene hadde på forhånd fått beskjed fra sine ledere om at de var aktuelle kandidater på grunn av lang erfaring i arbeidet med denne gruppen. Et informert samtykke ble sammen med informasjonsskriv om studien levert informanten rett før intervjuet. Det ble presisert muntlig formål med undersøkelsen og det ble gitt mulighet til å trekke seg under hele prosessen. Et viktig forskningsetisk spørsmål er hvilke konsekvenser det kan få for informanten å stille som informant (Thagaard, 2013). Et informert samtykke skal gi informasjon til deltakeren om hva det vil innebære å delta i studien, hensikt med studien og hvordan data skal brukes i etterkant av innsamlingen (Thagaard, 2013, s. 26-27). Prinsippet er styrt av individets råderett over personlige opplysninger om seg selv og at en har kontroll over bruk (Nasjonale forskningsetiske komiteer, u.å.). I min studie var dette utfordrende. For mye informasjon om studien før intervjuet ville potensielt kunne føre til at informanten ikke snakket fritt under intervjuet. I tillegg forelå det noen begrensinger i hvor mye jeg kunne si om utfallet av studien i det informerte samtykket. Problemstillingen har eksempelvis endret seg noe etter informasjonsskrivet ble utarbeidet. Informantene vil videre ikke ha kontroll på fortolkningen og hvordan funnene blir presentert. For å sikre dette, fikk informantene mulighet til å lese gjennom et sammendrag av intervjuet og de måtte samtykke i en eventuell publikasjon.

4.10 Styrker og svakheter ved studien

Dette studiet har benyttet seg av en kvalitativ metode, og styrker ved dette valget er at kvalitative intervjuer har en mulighet for å gå i dybden på et tema. Hensikten med denne studien har vært å undersøke hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer blir ivaretatt utover den medisinske oppfølgingen på en legevakt, og med dette belyse hvordan en legevakt bedre kan tilrettelegge for denne gruppen ut ifra ansattes beskrivelser. Metoden er godt egnet for å innhente dette. Det er lite forskning på hvordan barn og unge blir møtt og forstått på en legevakt med rusmiddelutfordringer, og studiet ønske å gå i dybden på temaet. De ulike beskrivelsene fra informantene gjør det mulig å utforske hvordan denne

gruppen av barn og unge blir møtt og forstått, samtidig som det gjør det mulig å få til en bedre tjeneste for å ivareta denne gruppen. En svakhet ved studien er at informantene ikke har lest gjennom sammendraget av intervjuet og kommet med innspill. For å sikre brukerstemmen, kunne en for eksempel ha involvert informantene i forskningsprosessen ved at de som aktive deltakere kunne ha vært med under datainnsamlingen og analysen.

Det er seks informanter som har blitt intervjuet: det var tre fra en legevakt, to fra en annen og en fra den siste legevakten. Et noe begrenset antall legevakter kan ha ført til at empirien har blitt noe mindre nyansert, ettersom informanter fra samme legevakt kan ha mye til felles. Et utvalg fra flere legevakter kunne kanskje ha gitt et rikere datamateriale. Et større utvalg kunne ha sammenlignet informantenes svar ut ifra legevaktens størrelse, og se om dette kunne ha hatt betydning for funnene. Funnene i denne oppgaven er derfor nært knyttet til hva de seks ulike informantene beskrev i sine møter med barn og unge med rusmiddelutfordringer på legevakt. Funnene i studien kunne potensielt vært noe annerledes hvis det hadde vært andre informanter som hadde deltatt. For eksempel kunne jeg ha intervjuet lederne, men samtidig ønsket jeg å intervju ansatte som arbeider i direkte kontakt med det problemstillingen ønsker å utforske. Jeg besluttet derfor at det var mest hensiktsmessig å intervju sykepleiere.

Metodiske begrensninger ved en kvalitativ fremstilling er at vi kan si lite om overføringsverdi, men det kan si noe om mulige tendenser om et tema. Det vil alltid være en usikkerhet om informantene har svart oppriktig i intervjuene, og at de har svart hva de faktisk gjør i praksisfeltet. På den ene siden kan det ha påvirket funnene at det var leder som rekrutterte. Dette kan ha ført til at informantene fremstilte praksis mer positivt enn det var i virkeligheten. På den andre siden kan utvelgelse av spesifikke informanter av leder ha bidratt til god data. Ved å komme tett på i et semistrukturert intervju, kan dette også ha medført til at informanten har fremstått mer positiv til praksis enn hva virkeligheten tilsier. For eksempel vil muligens informanten alltid ville ha et positivt syn på egen praksis. Derimot valgte jeg å stille åpne spørsmål hvor informanten måtte komme med egne refleksjoner for å få så oppriktige svar som mulig, og ledende spørsmål ble aldri stilt. Min forforståelse av tema og at jeg selv har arbeidet med barn og unge med rusmiddelutfordringer, kan ha vært med å

påvirke datainnsamlingen i oppgaven. Samtidig har kjennskap til temaet gjort det mulig å belyse sider ved problemstillingen som har vært viktig for å forstå tema.

5 Resultat

I dette kapitlet blir erfaringer og opplevelsene til ansatte på en legevakt i møte med barn og unge med rusmiddelutfordringer presentert. Datamaterialet er systematisert som en del av den temasentrerte analysen jeg har benyttet. Tema som blir presentert her er hovedtemaer som informantene har vært opptatt av, og som har vært relevante for å belyse problemstillingen og forskningsspørsmål. Gjennom den temasentrerte analysen var det fire hovedtemaer som utmerket seg: mangel på kapasitet, å jobbe forebyggende på en legevakt, medisinske tilstander og rus, og skjønn.

Informantene beskrev en standardisert tilnærming til hvordan de ivaretok barn og unge med rusmiddelutfordringer. Alle beskrev et sorteringssystem ut ifra en tilstand og alvorlighetsgrad hvor det ble henvist videre til medisinsk ivaretagelse. Informantene oppga en håndtering av pasientene hvor de gjennomførte ulike medisinske målinger, før de ble værende til observasjon på legevakten eller ble henvist videre til sykehus. Alle informantene opplyste at barn og unge med rusmiddelutfordringer ankom i helger på netter i forbindelse med fest og uteliv.

5.1 Kapasitet

5.1.1 Mangel på tid

Alle informantene oppga at hensynet til kapasitet kan påvirke måten barn og unge med rusmiddelutfordringer ble ivare tatt utover det rent medisinske. De var opptatt av manglende tid, manglende ressurser og lite tilrettelegging til å snakke om rus til de som kom inn med rusmiddelutfordringer, og er et hovedfunn i denne studien. Flere var opptatt av at de måtte ha tid til å ytterligere kartlegge livssituasjonen til de unge, og flere valgte derfor å ikke invitere til en samtale om rus. Sitat fra en av informantene:

Og tida er kanskje ikke en unnskyldning, men det går ofte på det ... Vi kunne ha tatt den samtalen mye bedre, det er jeg helt klar på. Det er mye her å gjøre på nettene og da er vi færre folk også. Jeg tror nok vi er mest opptatt av at de er stabile og er i stand til å kunne reise hjem. Og at vi kanskje ikke er så flinke til å ta de samtalene i forhold til rusmisbruk. For det er klart at da føler jeg at da skal du ha tid. Og du starter ikke på noe sånt, og så plutselig blir du avbrutt.

Sitatet viser at mangel på tid gjør at den ansatte ikke snakket med den unge om rusmiddelutfordringer. Det trekkes frem av informantene at denne pasientgruppen ofte kommer inn på netter i helgene hvor det generelt er lite kapasitet og mye å gjøre. Kapasiteten på dette tidspunktet er ekstra lav. Barn og unge med rusmiddelutfordringer kommer som regel i kontakt med legevakt i forbindelse med uteliv og høyt alkoholinntak på netter i helg (Berge, 2016; Færevaa, 2017). Dette har jeg også selv erfart ved å ha jobbet på Oslo legevakt over mange år. Videre dekker legevakter store områder og noen interkommunale legevakter har ansvaret for flere kommuner samtidig, og på natten er det ofte bare legevakter som har åpent og som håndterer akutte medisinske og sosialfaglige problemstillinger (Morken et al., 2016). En annen informant bekreftet kapasitetsutfordringer på denne måten: «Kunne ha ønsket meg mer tid til å snakke om rus i selve møtet og ha tid til å kartlegge hvor og om de er i behov av hjelp videre». Informanten ytret et ønske om å ha mer tid til denne pasientgruppen. Sitatet forteller at den ansatte ikke valgte å gjennomføre en samtale om rus på grunn av kapasitetsutfordringer. De som kan bli skadelidende er pasientgruppen som ikke får en oppfølging utover den medisinske ivaretagelsen. Dette kan påvirke den ansatte som står i et krysspress mellom å ville hjelpe, og samtidig ikke ha tid til det. En mulig mestringsstrategi for å håndtere dette, kan være at den ansatte tar snarveier som å unngå pasientgruppen. Lipsky (1977) beskriver snarveier som en mestringsstrategi for å håndtere en stressende arbeidssituasjon, hvor ansatte i organisasjonene utformer egne praksiser for å håndtere høyt arbeidspress.

Flere av informantene sa noe om hvordan de valgte å løse situasjoner hvor det var mangel på tid:

Så prøve å snakke med dem, men du vet: dette går jo litt på kapasitet. Vi har ikke tid til å sitte i timevis med dette her. Vi har masse andre oppgaver, men vi må jo passe på at de puster og har det greit. Skjer det noen forandringer i henhold til respirasjon så bør de videre.

Informanten valgte å fokusere på det mest nødvendige i situasjonen, ivaretagelse av liv og helse. Akutt arbeid på en legevakt skal ifølge lovverket håndtere det som blir ansett som alvorlige henvendelser som ofte ikke kan vente til at dagapparatet er åpent (Helse- og

omsorgstjenesteloven, 2011). Informanten vurderte det medisinske som det mest akutte i kontakten, som å ivareta liv og helse. En annen informant beskrev det på denne måten:

Vi kartlegger nok ikke så nøye rusproblematikken deres. Men legevakt er for det akutte da ... Utover det er den akutte legevakts funksjon akutt hjelp og brannslukking, og da blir det veldig sånn da.

Jeg tolker dette som at informanten mener at akutte legevaktsoppgaver ikke er å snakke om rus og rusmiddelutfordringer. Det kan være at informanten mener at en legevakt ikke nødvendigvis er egnet til annet enn å løse akutte problemstillinger der og da, og det kan tolkes som at legevakten velger å definere og avgrense legevaktens tjenester til å kun gjelde akutte medisinske problemstillinger. En forklaring kan være at rusmiddelutfordringer ikke betegnes som akutt nok til å bli håndtert på en legevakt, og spesielt ikke hvis det er andre medisinske akutte problemstillinger å håndtere. Dette kan tolkes som et hierarki i hvilke tilstander som prioriteres og behandles på en legevakt. Sykdommer som ikke kan lokaliseres på et bestemt sted på kroppen kan ha lavere rang (Album & Westin, 2008, s. 182).

En annen informant bekreftet noe av dette: «Jeg har så begrenset med tid også da. Det er så hektisk så jeg føler at en samtale om rus i tillegg til den medisinske ivaretagelsen ikke blir prioritert egentlig».

Sitatet kan forstås som at rus ikke blir prioritert i en akutt situasjon, og det viser at legevakten som organisasjon ikke tilrettelegger for at denne pasientgruppen skal kunne ivaretas med en samtale om rus i tillegg til den medisinske oppfølgingen. Det kan tolkes som et organisatorisk valg hvor dette ikke prioriteres. Noe som kan være med på å bekrefte dette, er at flere av informantene oppgir at det er for lite bemanning til å ivareta ruspåvirkede barn og unge når de ankommer i netter på helg.

5.1.2 Romkapasitet

Alle informantene var opptatt av at legevaktens lokaler ikke var egnet for en samtale om rus. Et sitat fra en av informantene som bekrefter dette: «Vi har ikke egne rom, men en stue til psykiatri, men den er ikke veldig egnet mener jeg».

Sitatet viser at legevakten ikke velger å åpne opp for en lengre samtale hvor taushetsplikten skal ivaretas. Det kan også være en mestringsstrategi fra legevakten sin side å ikke ha egnede rom tilgjengelig, og derfor ikke gjøre det mulig å åpne opp for en samtale om rus. En mestringsstrategi beskriver hvordan en organisasjon handler i en gitt situasjon hvor ressurser er knappe (Lipsky, 1977).

En annen ansatt sier dette:

Ja, det er som er litt sårbart hos oss, er at vi ikke har romkapasitet til å ta disse samtale. Og da blir det litt vanskelig å snakke med de bak et forheng, fordi de som ligger bak et forheng kan ha god hørsel.

Dette tolker jeg som en holdning til at problemstillinger som behandles på en legevakt skal behandles raskt - fort inn og ut. Det blir ikke tilrettelagt for at pasientene skal kunne åpne seg for å kartlegge ytterligere problemstillinger. Det kan forstås som et organisatorisk valg å utforme lokalene slik, og en mestringsstrategi fra organisasjonens side for å ha kontroll på hvilke problemstillinger en legevakt skal håndtere, og ikke. Flere av informantene fortalte at pasientene lå ved siden av hverandre på bære og ofte flere på et rom. I tillegg var det pårørende til stede i rommet, og sjelden hadde pasientene eget rom. På en av legevaktene ble barn og unge som var svært beruset lagt på bære på venterommet med andre ventende pasienter og pårørende. Sitatet fra informanten kan tolkes som om rusmiddelutfordringer er mer privat og vanskeligere å prate om, enn rene medisinske problemstillinger. Vi vet at personer med rusmiddelutfordringer kan føle skam, og at det er spesielt viktig hvordan helsepersonell ivaretar denne gruppen (Christiansen, 2012, s. 167-168).

5.1.3 Oppsummering

Alle informantene pekte på ulike typer av kapasitetsmangler, blant annet lite tid til samtaler, lite bemanning til å ivareta pasientgruppen og lite egnede rom på en legevakt til å snakke om rus. Flere av informantene fortalte at manglede enerom til pasientene gjorde at de ikke kunne ta opp vanskelige temaer som rusmiddelutfordringer. Ulike kapasitetsutfordringer

som her, tyde på at en samtale om rus ikke ble prioritert. Den medisinske ivaretagelsen av liv og helse på kort sikt ble ansett som det viktigste i en akutt situasjon.

5.2 Medisinske tilstander og rus

Et annet hovedtema som informantene var opptatt av, var i hvor stor grad legevakten primært skulle behandle medisinske tilstander som lar seg behandles akutt, for eksempel en skade. Flere av informantene fortalte at de fulgte rutiner som beskrev hvordan de skulle håndtere medisinske problemstillinger som lot seg ferdigbehandles akutt. Dette kunne for eksempel være en ungdom som kom inn med en skade som var forårsaket av høyt rusinntak. Et sitat fra en av informantene:

De kan være noen som har vært på fest og fått seg en på tygga. Det trenger ikke å være en stor sak det. Det er ikke derfor de kommer, rusen. Men det er skaden, og vi har rutiner for hvordan håndtere skaden ... Har de vært i basketak så er det ikke rusen som jeg vil snakke med de om.

Informanten var opptatt av den medisinske problemstillingen som var den direkte årsaken til kontakt med legevakten, selv om rusinntaket kunne være den indirekte årsaken til den oppståtte skaden. Sitatet kan tyde på at rus og rusmiddelutfordringer ikke ble fulgt opp som en del av medisinske problemstillinger på lik linje med andre skader. Vi kan se en tendens til et medisinsk hierarki når det kommer til behandling av tilstander, hvor konkrete håndterbare medisinske tilstander har høyere status i motsetning til rusmiddelutfordringer som ikke lar seg systematisere på samme måte.

Skaden blir vurdert først og det somatiske. ... Er det snakk om hodeskader er det rett til sykehus, men de blir ikke henvist noe sted videre i henhold til rusen. Rusen kommer nok i andre rekke.

Flere av informantene var mest opptatt av den medisinske årsaken, og de oppfattet «medisinsk» synonymt med «somatisk».

5.2.1 Kartlegge rusmiddelutfordringer

To av informantene var opptatt av å kartlegge mulige rusmiddelutfordringer. En av informantene fortalte at hun spurte:

Gjør du det her ofte? Når drakk du sist? Hvor mye drikker du? Har du tatt noe annet? Har du noen som kan ivareta deg? Hvordan tenker du videre nå? ... Jeg snakker med dem og hører hvordan de tenker om det her. Tenker du at dette er skadelig for deg? Dette er ikke bra for deg.

Informanten stilte spørsmål om rusmidler og ga råd og veiledning. Oppfølgingen er med andre ord personavhengig. Dette kan føre til at det blir en forskjellsbehandling i oppfølgingen, hvor noen får samtale og andre ikke. Gjennomgående fortalte flere av informantene at de ikke hadde rutiner på å håndtere barn og unge med rusmiddelutfordringer:

Vi har ikke noe prosedyre eller fremgangsmåter, men det blir litt personlig. Vi har ingen rutiner for kartlegging av denne gruppen. Så det blir litt tilfeldig hvem en treffer, dessverre.

Flere av informantene etterspurte kartleggingsverktøy som gjorde det lettere å snakke om rus. De etterspurte skjemaer hvor de kunne stille konkrete spørsmål om rus for å vurdere grad av alvorlighet og behov for oppfølging. På spørsmål om hva informantene kunne tenke seg annerledes i møte med denne gruppen svarte en:

Flere rutiner, slik at alle får den samme mottakingen ut fra hva som er deres problem her og nå. At vi ikke mister noen fordi noen ikke tar imot på en ordentlig måte. Ikke stiller de riktige spørsmålene, ikke ivaretar folk.

Informanten mener at det er behov for standardiserte rutiner i møte med denne pasientgruppen, som igjen kan føre til mer likebehandling i tjenesten som tilbys. Flere av informantene var opptatt av at barn og unge som ankommer legevakten med rusmiddelutfordringer bør få den samme samtalen hvor de samme spørsmålene ble stilt for å kartlegge den unges forhold til rus. Klare rutiner om hva som var forventet av den ansatte i møte med denne pasientgruppen var det flere som etterspurte.

5.2.2 Å henvise videre

Noen av informantene oppga at det manglet tiltak for å ivareta de som har rusmiddelutfordringer. De samme informantene etterlyste instanser og tiltak de kunne henvise til etter kontakt med legevakten:

Har den unge et stort rusforbruk bør jeg snakke om det. Men det kan bli en falsk forhåpning hvis jeg ikke har noe å tilby videre av hjelp. Hvorfor skal jeg pirke bort det hvis jeg ikke har noe å tilby?

Informanten ønsket ikke å snakke med den unge om rus fordi det ikke var noen steder å henvise til hvis det viste seg at det var behov for ytterligere oppfølging. Dette kan også handle om kapasitet, hvor de ansatte ikke hadde tid til å kartlegge eventuelle hjelpeinstanser. En annen informant bekrefter noe av det samme, sitat:

Det er for lite plasser å henvise til for de som er i behov av det. Det hadde vært fantastisk hvis vi hadde behandlingsplasser og andre å henvise til. Noen dager bare sukker vi til hverandre. Det er enten medisinsk observasjon, psykiatrien eller politiet, og ingenting imellom. Jeg kjenner ikke at det er noe tilsvarende for rus, at vi kan henvise akutt.

Informanten kunne ønske at det var steder å henvise til ved behov, og mente at dette var mangelfullt. Informanten valgte å ikke snakke om rus fordi det ikke fantes videre tiltak å henvise til.

5.2.3 Oppsummering

Informantene var hovedsakelig opptatt av den medisinske problemstillingen som var den direkte årsak til kontakt med legevakten. Gjennomgående ønsket flere rutiner og kartleggingsverktøy i arbeidet med pasienter som kan ha rusmiddelutfordringer. Flere hevdet at bruk av kartleggingsverktøy kunne føre til en mer lik tjeneste, og at flere kunne bli fanget opp for uheldig rusbruk. Samtidig er det flere av informantene som hevdet at de ikke kjente godt nok til hvilke hjelpetilbud som fantes for denne pasientgruppen, og derfor unngikk samtaler om rus og rusmiddelutfordringer.

5.3 Skjønn

Alle informantene brukte skjønn når de snakket med barn og unge som kan ha rusmiddelutfordringer, men på forskjellige måter. Noen av informantene fremsto som mer motiverte og engasjerte i gruppen enn andre. Jeg velger å fokusere på denne gruppen fordi det kan være med på å vise hvilke mekanismer som kan være med på å påvirke hvilken oppfølging de unge får.

5.3.1 De særlig motiverte

De som var særlig motiverte var spesielt opptatt av rusproblematikk, og snakket om rus til de unge selv om dette ikke var nedfelt i rutiner og forventet av ledelsen. Mitt inntrykk var at de glødet under intervjuet, de virket rørt og de ytret selv at de hadde et spesielt engasjement overfor barn og unge som hadde rusmiddelutfordringer. De hadde særlig kompetanse på rusfeltet.

Sitat fra en av informantene som fremstod som en ildsjel:

Alle gjør inntrykk på meg og skulle gjerne ha tatt de til meg, ristet de og tatt vare på dem. Pratet med dem, tatt de med meg i lomma og tatt de med hjem. Bare være der og lenke de fast til de tenker bedre tanker.

Hun gir uttrykk for mye empati og kjenner på en forpliktelse til å hjelpe denne gruppen. Et sitat fra en annen:

Men hvis det passer og du ser at du kan få inn empati og du ser at de kan ta det imot ... de er så verdifulle, men det er opp til hver enkelt sykepleier, og jeg håper at alle gjør det ... Og det å bruke seg selv som et medmenneske. Det er jo en del av jobben, men det virker nå til dags at det medmenneskelige har blitt mer og mer borte.

Sitatet kan tyde på at informanten gir mye av seg selv i møte med denne pasientgruppen. Utsagnet kan også tyde på at det hjelpen og støtten denne gruppen får under kontakten med legevakten, er personavhengig.

Gjennomgående oppga flere av informantene at det ikke var noen kultur innad på legevakten for å snakke om hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer burde bli fulgt opp på en legevakt, og hva ansatte faktisk gjorde i møte med denne gruppen. En annen som fremstod som særlig engasjert overfor denne gruppen sier dette:

Jeg snakker med den unge på eget initiativ, min erfaring og utdanning er med på å avgjøre når og hvordan jeg skal snakke med dem Vi snakker ikke så mye om dette og hvordan vi gjør det.

Informanten ønsket å fokusere mer på hvordan denne gruppen ble ivaretatt på en legevakt.

5.3.2 Ulik bruk av faglig skjønn

Informantene som var særlig engasjerte brukte seg selv og sitt engasjement i møte med denne gruppen. En av informantene brukte for eksempel egen rolle som forelder i møte med barn og unge: «Jeg er jo mor selv, og vet jo hva jeg ville ha spurt mine barn om».

En annen informant sa dette: «Vi har ikke noen fremgangsmåter i hvordan vi møter barn og unge med rusmiddelutfordringer, så det blir litt personlig. Så det blir litt tilfeldig hvilken hjelp en får ut ifra hvem en treffer, dessverre».

Sitatet kan tyde på at noen bruker «privat» erfaring som viktigste rettesnor i arbeidet med denne gruppen. Her ser vi at skjønn får større plass når det er lite konkrete føringer på hvordan denne gruppen skal ivaretas, og det kan oppstå individuelle forskjeller på hvordan denne gruppen bli fulgt opp på en legevakt. Skjønn kan føre til forskjellsbehandling ved at noen får hjelp, og andre ikke.

5.3.3 Oppsummering

Alle bruker skjønn i møte med barn og unge som oppsøker legevakten med rusmiddelutfordringer. Det finnes ulike måter å forplikte seg til arbeidet: personlig engasjement, rutiner og standardisering i arbeidsoppgavene. Bruk av skjønn fører til ulik behandling.

5.4 Å forebygge utvikling av rusproblemer

Samtlige informanter mente at en legevakt potensielt bør kunne være en god arena for å utøve forebyggende rusarbeid. Alle formidlet at en legevakt ofte kom tidlig inn i forløpet før de unge eventuelt utviklet en rusavhengighet. Allikevel var de uenige om en legevakt var riktig sted å jobbe forebyggende. Noen hevdet at en legevakt kunne være riktig sted for å utøve forebyggende rusarbeid, og andre mente at en legevakt ikke var egnet for å jobbe med dette. De som var opptatt av å jobbe forebyggende, valgte å snakke om rus med de unge. De av informantene som var positive til at legevakt kunne være riktig arena for å jobbe forebyggende, var opptatt av at ansatte på en legevakt har mulighet til å fange opp og stoppe farlig rusatferd på et tidlig tidspunkt. En av informantene var opptatt av at pasientene som ankom legevakten sterkt beruset ofte hadde et bekymringsfullt forhold til rusmidler allerede, og mente at de hadde en unik mulighet til å gi råd og veiledning for å stoppe en negativ utvikling.

Informanten beskrev det på denne måten: «Jeg tenker at dette kan være stedet å snakke om rus, det er her de kommer». Sitatet viser at det er i førstelinjen de med risikoatferd først havner. Mange i denne pasientgruppen ankommer legevakt i ambulanse uten å være i stand til å ta vare på seg selv på grunn av for høyt rusinntak (Berge, 2016; Færevaaag, 2017).

Flere av informantene mente derimot at legevakt ikke var egnet for å jobbe forebyggende, og at det ikke var knyttet bekymring til de som ankom med alkoholforgiftninger eller hadde skadet seg i forbindelse med høyt rusinntak. Sitat fra en informant:

De som har vært her er jeg ikke noe bekymret for. Det er ungdommer som har gått på en smell. Jeg er ikke bekymret for dem. Det er jeg litt avslappet på. Det er å være

ungdom, så da gjør de dumme ting. Jeg har ikke opplevd noen som har hatt problemer med det.

Dette kan forstås som et uttrykk for at høyt alkoholinntak blant barn og unge er en del av «fyllakulturen», og det normaliserer derfor adferden. Ungdomstiden er preget av å teste ut grenser, og ikke nødvendigvis noe en trenger å agere på. Informantene fortalte også at det var vanskelig å finne ut av hvem man skulle være bekymret for og som var i behov for ytterligere oppfølging for rusmiddelutfordringer. Informantene formidlet at de var noe mer bekymret for barn og unge som hadde gjentatte rushenvendelser og for de som hadde inntatt illegale rusmidler. De påpekte videre at det var vanskelig å skille de fra hverandre, altså hvem som trengte mer hjelp for sine rusmiddelutfordringer. Et sitat fra en av informantene som mente at legevakt ikke var et egnet sted å jobbe med forebyggende rusarbeid, og som ikke var bekymret for de som ankom med alkoholforgiftninger:

Jeg tenker at dette er noe som skjer noen ganger (ler).. Man gjør noen ting også går det litt gærent av det også lærer en av det, forhåpentligvis (ler ...) Men når det gjelder de unge handler det ofte om at de har vært alene hjemme og har vært på fest og sånn (ler ...)

Alle informantene lo når de skulle snakke om de som kom til legevakt fordi de hadde drukket for mye alkohol. Det kan være at informantene mente at det er uproblematisk å drikke i ungdomstiden, og at reaksjonen er et forsøk på å normalisere en adferd. Reaksjonene kan også tyde på en manglende kompetanse på rusfeltet. Samtidig kan reaksjonen være et tegn på at informantene finner intervju situasjonen som ubehagelig og reagerer med latter. En annen informant normaliserer alkoholforgiftning på denne måten:

Vi hadde en rus-intox som hadde vært på jobbfest, og vi visste ikke noe mer enn det. En unggutt på 18 år og i dress, som kom inn og vi måtte ringe foreldrene. Han var litt flau, men saken var jo nesten litt søt.

En annen informant uttrykte det slik: «Vi er ikke eksperter på dette her heller. Så det blir mer på det planet hva du utsetter kroppen din for». Informanten sier at manglende kompetanse og opplæring om rus påvirker hva hun velger å snakke om. Utsagnet kan også

tolkes som et tegn på kapasitetsproblemer hvor opplæring mot denne pasientgruppen ikke blir prioritert. Alternativt kan det være at informantene har tatt opp i seg samfunnets holdninger hvor alkohol er et legalt rusmiddel og at alkoholforgiftningene derfor normaliseres.

5.4.1 Oppsummering

Informantene var delte på om legevakt var riktig sted å jobbe med forebyggende rusarbeid. Alle informantene som mente at legevakt kunne være et viktig og riktig sted å jobbe forebyggende, hevdet at de som oppsøkte legevakt på grunn av høyt rusinntak allerede var i risiko for å utvikle et rusproblem. Den andre gruppen hevdet at legevakt ikke var egnet for å jobbe forebyggede, og det kan skyldes mangel på kompetanse, kapasitetsutfordringer, eller en forståelse av at høyt rusinntak er en del av «fyllakulturen» og er derfor ikke nødvendig å gjøre noe med.

6 Diskusjon

Min problemstilling ønsker å drøfte hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer ivaretas på legevakt utover den medisinske ivaretakelsen, og hvordan man kan tilrettelegge for bedre oppfølging av denne gruppen. Oppgaven viser at få ansatte snakker med barn og unge med rusmiddelutfordringer utover den medisinske ivaretakelsen. For å kunne svare på problemstillingen er det viktig at det drøftes at hvorfor så få ansatte gjennomfører samtaler om rus utover den medisinske oppfølgingen. Jeg har derfor valgt å drøfte legevaktens rammebetingelser med hensyn til kapasitet, legevaktens mandat, kunnskap om rus, bruk av skjønn og legevaktens rutiner. Videre er det lagt vekt på ansattes holdninger til forebyggende arbeid og rusmiddelutfordringer. Særlig er det lagt vekt på informantenes holdninger til alkohol som rusmiddel.

I drøftingen skilles det mellom individ- og organisasjonsnivå for å forklare de ansattes utfordringer med hensyn til den valgte problemstillingen. Til tider vil nivåene gå litt i hverandre, da problematikk på individnivå virker inn på organisasjonsnivå og motsatt. Drøftingen er empiristyrkt og løftes opp mot to de temaer for funnene i denne oppgaven: rammebetingelser og forebyggende rusarbeid.

6.1 Rammebetingelser

Rammebetingelser er ytre forhold som bestemmer hvilke krav eller begrensninger på hvordan en virksomhet skal drives (Store medisinske leksikon, u.å.). Rammebetingelser forstås i denne sammenheng som ytre forhold som legger begrensninger på hvordan denne pasientgruppen blir ivaretatt på en legevakt. I det følgende vil dette bli belyst med utgangspunkt i temaer som informantene var opptatt av, og som har sammenheng med problemstilling og forskningsspørsmål.

6.1.1 Kapasitet

Et temaområde informantene var opptatt av var utfordringer knyttet til spørsmål om kapasitet til å håndtere barn og unge med rusmiddelutfordringer. Informantene beskrev viktigheten av å ha nok tid til å snakke om rusmiddelutfordringer når barn og unge ankom legevakten. Informantene beskrev at den medisinske ivaretakelsen ble prioritert, og at de

var godt trent til å håndtere dette. I tillegg til dette uttrykte informantene at det var mangel på egnede rom til å ha samtale om rus.

Legevakt som organisasjon skal ivareta mange mennesker som har ulike behov hele døgnet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Lipsky (1977) tematiserer hvordan det kan oppstå ulike mestringsstrategier ved konflikter mellom høyt arbeidspress, retningslinjer som skal følges og nok ressurser til å ivareta klientene. En mestringsstrategi kan være at en legevakt som organisasjon ikke velger å prioritere rusmiddelutfordringer i en akutt situasjon. Dette kan forstås som at organisasjonen ikke setter av tid og rom til samtaler med denne gruppen av pasienter fordi de ikke prioriteres. Informantene beskrev for eksempel hvordan de måtte utføre medisinske målinger av barn og unge hvor de delte rom med andre pasienter. De beskrev at det var en gardin, og andre ganger ingenting mellom pasientene. Ofte ble barn og unge med rusmiddelutfordringer fulgt opp på et venterom i en seng hvor det var andre ventede pasienter og pårørende til stede. Derimot kan en økning i egnede rom og ressurser kunne føre til en forventning fra hjelpetrequende om et enda bedre tilbud, og mulig dette ikke er ønskelig fra legevaktens side. Et enda bedre tilbud til pasientene kan føre til at de etterspør ytterligere oppfølging som en legevakt ikke er i stand til å håndtere. Det kan føre til at flere med rusmiddelutfordringer oppsøker legevakt for bistand som vil påvirke kapasiteten. Økt pågang av pasienter med rusmiddelutfordringer vil kreve en prosedyre på at det skal settes av tid til denne type intervensjon.

Manglende tid til å gjennomføre en samtale kan forstås som en reaksjon på at det er for høyt arbeidspress. En studie som kan bekrefte dette, er en studie fra Stavanger sykehus (Johansen et al., 2011). Leger ble intervjuet om erfaring med å arbeide på legevakt med rus og psykisk helse. Legene var tydelige på at de ikke fikk gjort en god nok jobb fordi de hadde alt for mye å gjøre. Høyt arbeidspress kan føre til at det velges ut en standard for hvem som skal defineres som mest hjelpetrequende (Hasenfeld, 2010b; Mintzberg, 1980). I legevaktjenester kan dette forstås som at pasienter som har en problematikk som raskt lar seg løse, blir prioritert fremfor pasienter som har behov for mer utredning. En studie fra Album og Westin (2008) kan være med på å belyse dette. 1295 leger skulle rangere medisinske sykdommer etter omdømme. Sykdommer som ikke var definerbare, slik som for eksempel angstproblematikk, hadde liten popularitet i praksisfeltet (Album & Westin, 2008,

s. 182). Det kan tolkes som at det har oppstått et hierarki i hvilke tilstander som prioriteres. Tilstander som ikke kan lokaliseres på et bestemt sted på kroppen kan være vanskeligere å definere. Studiet kan tyde på at rusmiddelutfordringer blir nedprioritert på grunn av dårlig omdømme. Leger ble intervjuet, men studiet kan allikevel være med på å belyse hvordan rusmiddelutfordringer blir nedprioritert, også av sykepleiere. Samtidig kan høyt arbeidspress føre til at spesielt trengende blir prioritert (Hasenfeld, 2010a, s. 13).

Lite tid til å gjennomføre samtaler kan også være en konsekvens av at arbeidspresset fører til at ansatte velger å redusere sin egen arbeidsmengde ved å ikke prioritere å snakke med pasientene om rusmiddelutfordringer etter at den medisinske oppfølgingen er gjennomført. De ansatte velger altså en snarvei ved ikke å snakke med de unge om rus, fordi de har altfor mye å gjøre. Lipsky (1977) tematiserer at mennesker som befinner seg i direkte brukerkontakt kan utvikle ulike mestringsstrategier for å redusere arbeidsmengden. Informantene i denne studien er yrkesutøvere som arbeider ansikt til ansikt med hjelpetrengende og skal gi omfattende helsehjelp på tider av døgnet hvor det er svært hektisk og lite ressurser tilgjengelig. En annen forklaring kan være at rusmiddelutfordringer er vanskelig å snakke om, og derfor velges bort (Christiansen, 2012). En samtale kan derimot gjennomføres på kort tid. Studier har vist det oppnåes effekt av få, korte samtaler. Slike samtaler kan altså være betydningsfulle i en akutt situasjon for å avdekke bekymringsfull rusbruk (Crawford et al., 2004; Davis et al., 2018; Nilsen et al., 2008; Saunders et al., 1993). Det kan være tilstrekkelig med et par spørsmål om rus og samtidig ha oversikt over relevante hjelpetilbud. Studier har vist at det er viktig at hjelperen har oversikt over hva man kan gjøre hvis det viser seg at personer med rusmiddelutfordringer har behov for mer hjelp utover den akutte kontakten på legevakt (Johansen et al., 2011). Derfor er det ikke sikkert at egnede rom er nødvendig for å gjennomføre en samtale som tar noen minutter. Hvis det derimot er behov for en lengre samtale, bør det være mulig å skjerme pasienten. En samtale kan ta 10-15 minutter, og dette bør det frigjøres tid til også i en hektisk hverdag.

6.1.2 Forståelsen av legevaktens mandat

Akuttbegrepet kan forstås som en tilstand som skal behandles der og da, for eksempel stabilisering medisinsk etter en alkoholforgiftning. Informantene oppga at de fulgte

retningslinjer for legevaksarbeid, og fokuserte på det som var mest akutt der og da. Dette ble ofte betegnet som den medisinske ivaretagelsen. Dette kan tolkes som at problemstillinger som krever en form for utredning og kartlegging ikke skal tilhøre legevaktjenester. Akuttbegrepet avgrenser legevaktjenester til å gjelde arbeid som primært er knyttet til ivaretagelse av akutt liv og helse. Legevakt skal avdekke alvorlige problemstillinger i påvente av at dagapparatet åpner (NOU 2015:17; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 sier: «En legevakt skal være til hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner». På den ene siden åpner akuttbegrepet opp for å definere bort oppfølging av unge med rusmiddelutfordringer utover den medisinske ivaretagelsen. Informantene påpekte at det viktigste ved en legevaktjeneste bør være ivaretagelsen av liv og helse. På den andre siden kan det også karakteriseres som en «alvorlig problemstilling» med fare for liv og helse, men på litt lengre sikt. Ulike studier har påvist en sammenheng mellom beruselse i ung alder og økt dødelighet (Bjornaas et al., 2009; Vallersnes et al., 2019). I tillegg er det påvist gjennom studier en relasjon mellom rusproblematikk og andre akutte skader ved høyt alkoholinntak (Melhus & Vold, 1997). Det er blant annet gjennomført en undersøkelse ved Oslo skadelegevakt i 1994 som registrerte all vold hvor høyt rusinntak hadde vært en indirekte årsak til skaden (Melhus & Vold, 1997). Undersøkelsen registrerte 2545 pasienter som hadde vært utsatt for vold og som ble behandlet ved Oslo legevakt i løpet av 1994. Materialet viste at nær halvparten av antallet var unge menn fra 18-40 år som var skadet på utesteder eller på gaten og som var beruset under ankomst.

Det er videre påvist en særlig risiko knyttet til barn og unge som har vist tegn til rusmiddelutfordringer i ung alder (Nesvåg et al., 2007). Det tyder på at det er viktig å gjennomføre en samtale på legevakt fordi den unge har vist en urovekkende rusadferd. Legevakt er en plass som potensielt kan fange opp barn og unge med rusutfordringer, og derfor kan det være hensiktsmessig med en oppfølging utover den medisinske ivaretagelsen. Dette er i tråd med forskning som har vist at en samtale om rus på legevakt kan føre til en positiv endring av egen livssituasjon, og kan fungere som en «vekker» for å ville gjøre noe med egne rusmiddelutfordringer (Lid et al., 2012, s. 532). Videre viser ulike studier at barn og unge drikker mindre nå enn tidligere (Bye & Skretting, 2017; Kraus et al., 2016). Det kan

argumenteres for at det bør uttrykkes ekstra bekymring for de som oppsøker legevakt på grunn av høyt rusinntak, fordi de avviker fra majoriteten av ungdom.

Hvis en legevakt skulle jobbe med å identifisere rusmiddelutfordringer utover den medisinske ivaretagelsen, ville det være nødvendig å snakke med den det gjelder. Barn og unge med rusmiddelutfordringer kan potensielt havne på legevakten, og legevakten kan derfor være et naturlig sted for en samtale. Legevakten fanger slik sett opp risikoutsatte grupper. Det kan imidlertid argumenteres for at legevaktbesøk baseres på korte møter, og slik sett ikke er passende sted å kartlegge rusproblematikk. Mange er slitne og vil raskt hjem, som informantene påpeker. Men dersom man jobber mer langsiktig og strategisk over tid, vil man imidlertid kunne senke arbeidsmengden, og det er muligens ikke uforenlig med å «slokke branner» der og da. Forskning og politiske føringer peker i retning av at legevaktstjenester må bli bedre på å håndtere ruspasientene og fange opp de som er i behov for ytterligere bistand (NOU 2015:17). Med dette menes en bredere definisjon av legevaktsoppgaver enn hva som betegnes som akutt. Det kan derfor på organisasjonsnivå se ut som om det ikke er samsvar mellom det praktiske arbeidet på en legevakt, og hva som er ønskelig ifølge politiske føringer.

6.1.3 Kunnskap

Informantene var opptatt av å ha nok kunnskap om hvordan snakke med barn og unge om rusmiddelutfordringer og samtidig ha nok informasjon om hva man gjør dersom de hadde behov for videre oppfølging. Dette er forenlig med en studie av Johansen et al. (2011) som intervjuet ansatte på legevakt. Et av funnene var at de ansatte etterspurte mer kunnskap om hvordan denne gruppen av pasienter skulle ivaretas. Alle informantene i denne studien kjente godt til rutiner på den medisinske ivaretagelsen, men var usikre på hvordan de skulle håndtere barn og unge som hadde rusmiddelutfordringer. Mangel på kunnskap kan altså være en årsak til hvorfor en samtale om rus blir nedprioritert. Informantene beskrev at det kunne være utfordrende å håndtere medisinske problemstillinger og samtidig kartlegge den unges forhold til rus. Det kan derfor se ut som at kompetanse er relevant for å tilrettelegge for at barn og unge med rusmiddelutfordringer blir fulgt opp. Informantene fortalte at de ikke fikk opplæring i å snakke om rus, og det kan argumenteres for at det har vært med på å

påvirke den manglende oppfølgingen. Legevakt som organisasjon bør derfor tilrettelegge for økt kunnskap om rus og rusmiddelutfordringer. Det kan videre se ut som om den helhetlige tenkningen rundt hva som er pasientens behov ikke ble fulgt opp, og en forklaring kan være utdanningsbakgrunn og kompetanse. En løsning på kunnskapsmangel kan være å satse på kursing og videreutdanning av ansatte.

På Oslo legevakt er det forsket på betydningen av sosialfaglig kompetanse på legevakt i møte med barn og unge som har rusmiddelutfordringer (Vallersnes et al., 2016). Et eget intervensjonsprogram er utarbeidet mot den yngste gruppen, og det sikrer en samtale med sosialarbeidere og oppfølging i etterkant. Ansatte har særlig kompetanse på sosialfaglige utfordringer og rusproblematikk. Alle barn og unge får en samtale om eget rusbruk i forbindelse med legevaktsbesøket og det gis råd og veiledning. Etter oppstart i 2011 har flere barn og unge blitt henvist til rusbehandling (Vallersnes et al., 2016, s. 5). Kompetanse på rus kan derfor være viktig for å ivareta denne gruppen på en legevakt. Det er imidlertid viktig at oppfølgingen er satt i system. En av informantene i denne studien hadde kompetanse på rusfeltet. Informanten hadde videreutdanning innen rusproblematikk. Hun viste en annen interesse for fagfeltet rus enn de andre informantene. Hun snakket også oftere med unge om rus. Ulike studier viser at brief Interventions, oversatt til korttidsintervensjoner, hvor man har en til tre samtaler over kort tid om tema rus, kan ha en effekt for å unngå ytterligere farlig rusbruk (Crawford et al., 2004; Davis et al., 2018; Nilsen et al., 2008; Saunders et al., 1993). På bakgrunn av dette kan det hevdes at opplæring og kursing kan være viktig i møte med denne gruppen, og kan være med på å tilrettelegge for at denne gruppen blir fulgt opp. Dette er forenlig med nasjonale utredninger som påpeker at det er nødvendig med økt kompetanse på rusfeltet i legevaktstjenesten (NOU 2015:17). Det er et behov å få utredet hvordan rus og psykisk helse blir ivaretatt i legevaktstjenester samt økt kompetanse blant ansatte for å bedre ivareta denne gruppen (NOU 2015:17, s. 17-19). Det trenger imidlertid ikke å bety at de ansatte har for lite kunnskap om rus, men heller at de har et annet «blikk» på russytuasjonen. De ivaretar først og fremst det medisinske, hvor fokus er stabilisering og ivaretagelse av det akutte hos pasienten.

I diskusjonen om hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer blir ivaretatt utover den medisinske oppfølgingen på en legevakt, er det hensiktsmessig å se på hvordan man kan

tilnærme seg dette i praksisfeltet. Informantene bemerket at det som ble ansett for å være rusmiddelutfordringer ofte kunne være vanskelig å avdekke. Noe som kan være med på å forklare dette, er håndtering av «whicked problems» i helse- og sosialsektoren. «Whicked problems» er sosiale fenomener som ikke så lett lar seg standardisere eller kategorisere (Krogstrup, 2002; Rittel & Webber, 1973). Rusmiddelutfordringer kan muligens forstås som «whicked problems» fordi det ikke er enkelt å finne en løsning på hva som forårsaker utfordringene. Spørsmålet er om ansatte med utdanning innen rusproblematikk og/eller en sosialfaglig utdanning lettere vil gjenkjenne disse utfordringene. Sosialt arbeid er opptatt av å synliggjøre grupper som kan være i behov av hjelp og støtte (Levin, 2004). Studier viser at sosialarbeidere i legevaktstjenester kan være viktig for å håndtere komplekse problemstillinger (Auerbach & Mason, 2010). Tverrfaglighet i tjenestene gir bedre forutsetninger for å jobbe med problemstillinger som kan være vanskelig å avdekke, slik som «Whicked Problems». Det kan imidlertid argumenteres for at oppfølging må settes i system fra legevaktens side. Det er forenlig med studien til Vallersnes et al. (2016) som viser en økning i antall barn og unge som blir fulgt opp etter den medisinske ivaretagelsen dersom det er et system for oppfølgingen.

For å prøve å forstå hvorfor informantene snakker så lite med de unge om rusmiddelutfordringer utover det medisinske, kan en studie fra Album og Westin (2008) være med på å belyse dette. De har forsket på om sykdommer som lettere lar seg kategorisere har høyere rang og blir prioritert, fremfor sykdommer som ikke like lett lar seg standardisere. De fant at sykdommer som ikke kunne lokaliseres på et bestemt sted på kroppen hadde lavest rang (Album & Westin, 2008, s. 182). Dette samsvarer med funnene i denne oppgaven. En konsekvens kan være at rusmiddelutfordringer på legevakt ikke har like høy rang som medisinske problemstillinger, og at det derfor ikke settes av tid til dette. Rusmiddelutfordringer som ikke lar seg kategorisere og løses der og da, får muligens lavere prioritet i det praktiske arbeidet. Ansatte er trent på å håndtere standardiserte oppgaver, og ikke like lett finner løsninger på mer diffuse problemer, slik som rusmiddelutfordringer ofte kan være. En mestringsstrategi kan være at ansatte velger å ikke ta stilling til det komplekse ved mennesket, og derfor velger å kategorisere tematikken i kjente sykdomskategorier. Det kan være enklere å kategorisere noe i en hektisk hverdag (Hasenfeld, 2010b). I denne studien kan dette forstås som at informantene var tryggere på de kjente

sykdomskategoriene, som for eksempel å behandle en alkoholforgiftning. Hasenfeld (2010a, s. 20) viser i denne sammenheng til Wellstood, Wilson & Eyles (2005), som hevder at det blir utøvd kontroll på sykehus eller legevakt ved å sortere pasientene inn i passende kategorier for årsak til ankomst, og dette kan minimalisere at pasientene også kan få hjelp på andre områder.

Hasenfeld (2010b, s. 97) hevder at møtene med pasienter ikke er nøytrale. Han tematiserer at mennesker kan oppleve å bli kategorisert inn i stereotyper særlig når den ansatte har mange pasienter og lite tid til hvert enkelt menneske. Hasenfeld (2010a) mener at det kan være en mestringsstrategi for den enkelte ansatte og ikke ta stilling til det komplekse ved mennesket, og heller kategorisere de inn i kjente sykdomskategorier. Dette samsvarer med denne studien, og til hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer blir møtt og forstått av informantene. Barn og unge som ankommer legevakt som kommer inn med en medisinsk problemstilling, blir sortert ut ifra et køsystem hvor de kategoriseres i ulike tilstander. Tilstander som ikke passer inn, slik som rusmiddelutfordringer, blir lite utforsket, noe også informantene påpekte under intervjuene.

Utfordringer på individnivå kan være at manglende kunnskap på rusfeltet eller om sosiale problemer, vanskeliggjør å snakke med denne pasientgruppen. Utfordringer på organisasjonsnivå kan være å tilrettelegge for kompetanseutvikling.

6.1.4 Skjønn

Det som kjennetegner «bakkebyråkratene» og ansatte som befinner seg i front, er mulighet til å utøve skjønn i kontakt med brukerne. Bruk av skjønn gir en mulighet til å handle overfor hjelpetrengende (Hasenfeld, 2010a; Lipsky, 1977). Det kunne virke som om det var noe tilfeldig hvem som fikk en samtale om rus og ikke, utover den medisinske ivaretagelsen.

På den ene siden kan det se ut som at det var tilfeldig om den unge fikk en samtale om rus i kontakt med legevakt. På den andre siden kan det forstås som at det ble vurdert til å være det riktige handlingsalternativet i den konkrete situasjonen. De ansatte som ikke gjennomførte samtaler om rus brukte også skjønn, men de konkluderte annerledes. Grimen

& Molander (2008, s.179) hevder at mennesker resonerer seg frem til riktig handlingsalternativ i enkelttilfeller ved bruk av skjønn, i tillegg til generelle handlingsregler. En handlingsregel kan være en rutine. En studie som kan illustrere dette, er en doktorgradstudie ved Lars Johannessen (2018, s. 246) som forsket på forholdet mellom standardisering og skjønn i profesjonelt arbeid på en storbylegevakt. Han ønsket å undersøke i hvor stor grad ansatte avvike fra standardiserte rutiner under sortering av hastegrad ved ankomst. Ansatte som befant seg i front benyttet seg av et sorteringsystem ut ifra hastegrad. I tillegg måtte de noen ganger avvike fra rutiner hvis de hadde pasienter som ikke lot seg vurdere fra et standardisert skjema. Informantene i undersøkelsen brukte ofte eget faglig skjønn for å vurdere grad av alvorlighet i det enkelte tilfelle. Bruk av skjønn ble ansett som svært viktig for å klare å sortere hastegrad (Johannessen, 2018). Studien kan være sammenlignbar med denne oppgaven. Problemstillingen i denne oppgaven drøfter hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer ivaretas utover den medisinske oppfølgingen, og hvordan man kan tilrettelegge for bedre oppfølging av denne gruppen. Bruk av egen vurdering kan trolig være med på å tilrettelegge for en bedre ivaretagelse.

Imidlertid forutsetter det at det foreligger en generell handlingsregel, som for eksempel en rutine, som et minstekrav til hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer skal ivaretas (Grimen & Molander, 2008). Grimen og Molander (2008, s. 181) viser til rettsfilosofen Ronald Dworkin (1978) i denne sammenheng når de beskriver skjønn som en smultring, hvor det eksisterer som: «An area left open by a surrounding belt of restriction». I denne sammenheng forstått som handlingsalternativer som følger noen restriksjoner, men med mulighet for skjønnsutøvelse i enkelttilfeller, som representerer hullet i smultringen. Skjønn må derfor forstås ut fra rammebetingelsene som er tilstede (Lipsky, 1977). I denne studien kan praktiseringen av skjønn forstås ut ifra at legevakt er et profesjonsbyråkrati, med fravær av en synlig ledelse, og hvor de profesjonelle styrer mye selv. I tillegg må bruk av skjønn forstås ut fra rammebetingelser som høyt arbeidspress, hvilke grupper som prioriteres og hva som er legevaktens mandat. I tillegg viser denne studien at skjønn påvirkes av motivasjon og kunnskap om feltet. Det kan derimot diskuteres i hvor stor grad det tilrettelegges for bruk av faglig skjønn i møte med barn og unge med rusmiddelutfordringer på en legevakt. En kritikk til Lipsky (1977) som hevder at det er mulig med skjønnsutøvelse for de ansatte som har direkte brukerkontakt, er kritikere som hevder at moderne

organisasjoner legger mindre og mindre til rette for bruk av skjønn (Jones, 1999, s. 38). Kritikerne til Lipsky mener at teorien er utdatert og at det har forekommet endringer i organisasjoner hvor det vektlegges sterkere ledelse og mindre grad av skjønnsutøvelse hos de som er nærmest pasientene. Det hevdes at organisasjoner vektlegger mer standardisering og rutiner i møte med brukere (Jones, 1999). I denne studien kom det derimot tydelig frem at ansatte praktiserte skjønn, men noe ulikt. Enkelte av informantene valgte å snakke om rus i tillegg til den medisinske problemstillingen. Dette kan tyde på at ansatte som befinner seg i front har makt til å påvirke og forme tjenestene. Bruk av skjønn kan derfor være viktig for å vurdere om barn og unge med rusmiddelutfordringer er i behov for samtale, og hvor og når denne skal foregå. Samtidig, etterlates det bare til skjønnen, snakker informantene begrenset med barn og unge som har rusmiddelutfordringer.

Bruk av egen vurdering, skjønn, i tillegg til rutiner, kan være med på å tilrettelegge for å ivareta barn og unge med rusmiddelutfordringer. Bruk av rutiner for å tilrettelegge oppfølgingen av denne gruppen vil derfor drøftes videre.

6.1.5 Rutiner

Flere av informantene ga uttrykk for at de ønsket bedre rutiner for hvordan ivareta barn og unge med rusmiddelutfordringer. Informantene savnet en måte å kartlegge rusproblematikk i tillegg til den medisinske ivaretakelsen. Noen fortalte at de ønsket å vite hva de konkret skulle gjøre i møte med denne gruppen. De etterspurte rutiner på hva som skulle kartlegges i samtalen, og hva samtalen skulle innebære. Informantene savnet en større likhet i hvilken informasjon som skulle gis i en akutt situasjon. Flere mente at det var uheldig at det var så personavhengig og tilfeldig hvilken hjelp som ble gitt. Dette er i tråd med en nasjonal studie fra Stavanger Universitetssykehus (Lid et al., 2012, s. 533). Artikkelforfatterne intervjuet ansatte ved sykehuset, som ga uttrykk for at det virket mer eller mindre tilfeldig om rusmiddelutfordringer ble behandlet, og på hvilken måte denne behandlingen foregikk. Studier fra sykehus og akuttmottak viser at det er enklere å snakke om rus i somatikken, hvis det er verktøy for gjennomføringen (Lid et al., 2012). Ulike studier konkluderer med at det finnes en nytteverdi i å bruke ulike standardiserte kartleggingsverktøy for å måle alkoholforbruk, slik at man kan sette i gang nødvendige tiltak (Crawford et al., 2004; Davis et

al., 2018; Nilsen et al., 2008; Saunders et al., 1993). Derimot viser studier at kartlegging av rusinntak er nyttig hvis pasienter i tillegg får tilbud om oppfølging som er satt i et system (Lid et al., 2012; Vallersnes et al., 2016). Samtidig kan et ønske om rutiner for å ivareta denne gruppen, forstås som at informantene etterspør rutiner fordi det kan virke stabiliserende i en hektisk arbeidshverdag. Dette er forenlig med Lipsky (1977) som mener at rutiner kan virke forenklende under høyt arbeidspress.

Det kan hevdes at standardisering bidrar til mer likhet i tjenestene på tvers av ulike kulturer, tid og geografi (Timmermans & Epstein, 2010, s. 69). Standardiseringen kan bidra til å organisere sosialt liv og føre til en forutsigbarhet og en objektivitet i tjenestene (Timmermans & Epstein, 2010). Rutiner på håndtering av barn og unge med rusmiddelutfordringer kan være med på å sikre likebehandling av hvordan denne gruppen blir ivaretatt akutt på en legevakt, og dermed sikre at alle blir tilbudt den samme oppfølgingen. Unge mennesker som har vært innlagt med rusmiddelforgiftninger på en legevakt, har økt risiko for sårbarhet senere i livet og tidlig død (Adam et al., 2016; Skogen et al., 2014; Vallersnes et al., 2019; Viner & Taylor, 2007). Det kan derfor være viktig å sikre en form for lik oppfølging gjennom rutiner. Ulike studier viser at barn og unge bruker mindre rusmidler enn tidligere (Bye & Skretting, 2017; Kraus et al., 2016). Det kan derfor knyttes særlig bekymring til barn og unge som oppsøker en legevakt på grunn av rusmiddelutfordringer, og rutiner kan være med på å ivareta oppfølgingen utover den medisinske ivaretagelsen. Studier viser at legevaktens møte med barn og unge som har rusmiddelutfordringer, kan være en god anledning til å snakke mer om problematikken (Lid et al., 2012; Vallersnes et al., 2016). Rutiner kan være med på å få til dette.

Likevel, hvem får nytte av standardiseringen? Blir barn og unge med rusmiddelutfordringer bedre fulgt opp ved at alle får lik behandling? Informantene formidlet at de ikke var like bekymret for alle barn og unge som oppsøkte en legevakt på bakgrunn av at de hadde inntatt rusmidler og var i behov av medisinsk oppfølging. De poengterte at det er forskjell på om den unge havner på legevakten med alkoholforgiftning som et engangstilfelle, eller om det var barn og unge som kom med gjentatte henvendelser som skyldtes høyt alkoholinntak. Jeg tolker dette som at informantene mener at man må også kunne være åpen for bruk av skjønn og egne vurderinger. Informantene oppga for eksempel at de brukte egen erfaring til

å vurdere hvem de ble bekymret for. En av informantene fortalte at hun selv var mor, noe hun brukte bevisst i møte med de yngste for å finne ut om hun burde bli ytterligere «bekymret». Informanten brukte eget engasjement for å vurdere situasjonen til den unge.

Lipsky (1977) formidler at styrken ved å jobbe i direkte kontakt med hjelpetrequende, er nettopp muligheten til å bruke eget skjønn for å ta individuelle vurderinger. På den ene siden kan vurderinger føre til en positiv forskjellsbehandling hvor individuelle hensyn ivaretas. På den andre side kan det føre til en negativ forskjellsbehandling ved at noen barn og unge ikke blir fanget opp fordi hjelpen som tilbys i større grad blir tilfeldig. Fravær av skjønn vil på den ene siden kunne føre til at alle arbeidsoppgavene utføres på samme måte, og det vil være samme hvem som utfører dem. Derimot vil profesjonsutøvere ha ulik forståelse av hva som defineres som riktig handlingsalternativ i konkrete enkelttilfeller, og det bør foreligge noe standardisert som er likt for yrkesgruppen (Grimen & Molander, 2008). Altså kan det argumenteres for at rutiner bidrar til å tilrettelegge at barn og unge med rusmiddelutfordringer blir fulgt opp utover den medisinske ivaretagelsen på legevakt.

Et av hovedtemaene som kom opp under analysen var diskusjon om en legevakt bør jobbe med forebyggende rusarbeid, og dette vil bli drøftet videre.

6.2 Forebyggende rusarbeid

Problemstillingen i oppgaven ønsker å drøfte hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer ivaretas på legevakt utover den medisinske ivaretagelsen, og hvordan man videre kan tilrettelegge for bedre oppfølging av denne gruppen. Hvilket syn informantene hadde til å jobbe med forebyggende rusarbeid og egne holdninger til alkohol var med på å påvirke.

6.2.1 Syn på forebygging

Informantene var delte om det var hensiktsmessig å tilrettelegge for at barn og unge med rusmiddelutfordringer ble fulgt opp utover den medisinske ivaretagelsen. Det var en viss uenighet om dette var problemstillinger som skulle håndteres av legevaktstjenester, og om legevakt var en riktig arena for å arbeide med forebyggende rusarbeid. Altså var det ulike syn på om legevakt skulle avdekke risikoatferd knyttet til rus, og om det var legevaktens ansvar å gjøre noe med problemene.

Dette påvirker hva slags oppfølging barn og unge fikk utover den medisinske ivaretagelsen. De av informantene som mente at legevakten hadde en viktig rolle i å forebygge ytterligere farlig rusadferd, snakket oftere med dem. Det kan tyde på at større anerkjennelse av at en legevakt skal jobbe med rusforebyggende arbeid, også vil være med på å tilrettelegge for at denne gruppen får en samtale om rus. Dette er i tråd med politiske føringer, som mener at kommunale tjenester og offentlige institusjoner som møter barn og unge som kan ha utfordringer med rus og psykisk helse problematisk, bør handle når det foreligger bekymring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Helsedirektoratet, 2010). Det er et ønske om å gripe inn før problemet har rukket å utvikle seg (Nesvåg et al., 2007). Informantene var derimot usikre på om dette lot seg gjennomføre i praksis. På den ene siden er politiske føringer ofte vage, med få konkrete beskrivelser på hvordan et område skal håndteres (Djupvik & Eikås, 2016). I retningslinjene står det for eksempel lite om hva helsepersonell er pliktig til å gjøre ved bekymring, og hva som utgjør at noen er i risiko. På den andre siden kan uklare politiske føringer åpne opp for tolkninger, og dette kan igjen være med på å bedre tjenestene til brukerne (Lipsky, 1977). Det betyr at ansatte kan være med på å utforme hvordan denne gruppen ivaretas, som igjen kan være med på å tilrettelegge for at barn og unge med rusmiddelutfordringer får forebyggende oppfølging. Et eksempel på hvordan dette kan gjøres i praksis, er at ansatte velger å stille et par spørsmål etter oppvåkning etter en rusmiddelforgiftning. De kan videre informere om hjelpetilbud ved behov.

Politiske føringer er opptatt av at legevaktstjenester må bli bedre på å håndtere ruspasientene, og fange opp de som er i behov av ytterligere bistand (NOU 2015: 17). Ansatte ved legevakter har gitt uttrykk for at legevaktstjenesten noen steder er organisert slik at forholdene ikke ligger til rette for å gi gode tjenester til mennesker med ulike rusmiddelutfordringer (Johansen et al., 2011). Det kan derfor tyde på at det ikke er samsvar mellom det praktiske arbeidet på en legevakt, og hva som er ønskelig å oppnå ifølge politiske føringer. Det var flere av informantene som ikke så behovet for å handle utover den medisinske ivaretagelsen når barn og unge ankom med alkoholforgiftning eller med skade som skyldtes høyt alkoholinntak. De så ikke behovet for at legevakten skulle legge til rette for at barn og unge skulle bli fulgt opp utover den medisinske ivaretagelsen. Risikoen ved å hevde at legevakt ikke har betydning når det kommer til å forebygge videre rusmiddelutfordringer, er at barn og unge som har et høyt rusinntak tidlig i livet, har økt sårbarhet for å bli utsatt for akutte skader i forbindelse med høyt rusinntak, og for å utvikle rusavhengighet og sosial utestengelse senere i livet (Adam et al., 2016; Skogen et al., 2014; Viner & Taylor, 2007). Det er videre påvist økt dødelighet ganger åtte for personer som har vært innlagt med en rusmiddelforgiftning på legevakt tidlig i livet, 90 dager etter innleggelse (Vallersnes et al., 2019). Noe høyere dødelighet er det for personer under 30 år, der dødelighet er på 10- 16 ganger høyere enn generelt i befolkning 20 år etter innleggelse

(Bjornaas et al., 2009, s. 117- 118). Legevakt har derfor en mulighet til å nå denne gruppen på et tidlig tidspunkt, for å unngå sosiale utestengelse og tidlig død.

På legevaktene kan det se ut som det var lite som ble gjort for å tilrettelegge for at barn og unge med rusmiddelutfordringer ble fulgt opp utover den medisinske oppfølgingen. Og det forelå begrenset med retningslinjer som informantene kunne forholde seg til. Det kan se ut som at det er en forskjell mellom hva som forventes av statlige føringer og hva som gjøres i det konkrete arbeidet på en legevakt.

Utfordringer på organisasjonsnivå er at ansatte trolig er avhengig av at legevakten som organisasjon anerkjenner at det skal jobbes med forebyggende rusarbeid. Dette vil påvirke om arbeidet settes i system.

6.2.2 Holdninger til alkohol som rusmiddel

Noen av informantene normaliserte alkoholbruk som en del av det å være ung, og at dette i seg selv ikke ga informantene nok grunnlag til å bli bekymret. Flere av informantene lo når de snakket om konkrete tilfeller hvor de hadde ivaretatt barn og unge som hadde drukket for mye alkohol, og samtidig var i behov av medisinsk behandling. De var forsiktige når det gjaldt å følge opp denne gruppen på en legevakt. Jeg tolket det som at informantenes egne holdninger om alkoholbruk var med på å bestemme oppfølgingen. På den ene siden kan dette forstås som et uttrykk for å normalisere «fyllakulturen» med det å være ung. De færreste som har vært svært beruset i ungdomsårene ender opp med rusproblemer senere i livet (Fekjær, 2011). Funnene støttes av studier som hevder at alkohol er en del av ungdomstiden, og at mange ungdommer har et høyere forbruk av alkohol enn de har senere i livet (Chen & Kandel, 1995; Skogen et al., 2014, s. 4-5). Ofte er det «fylla» som definerer mye av utprøvingen i ungdomstiden (Fekjær, 2011). Alkoholbruk er vanlig blant ungdom i Norge. De fleste barn og unge har et høyere alkoholinntak i ungdomstiden som siden går over av seg selv (Skogen et al., 2014, s. 4-5). På den andre siden kan mangel på bekymring hos informantene forstås som en mestringsstrategi ved å normalisere adferden som «fyllakultur», og dermed slippe å ta videre stilling. En velger å normalisere adferden ved ikke å ikke gå inn i problematikken (Lipsky, 1977).

Informantene mente at det ikke var nødvendig å følge opp barn og unge hvor henvendelsen skyldtes høyt alkoholinntak. Holdningene viser muligens en kultur innad på legevakten hvor dette feltet ikke skal prioriteres og håndteres. Lipsky (1977) og Høilund og Juul (2015, s. 59) sier at ansatte kan påvirkes av allerede etablerte logikker hvis det oppstår uklare forventninger til arbeidsoppgaver. Dette er forenlig med arbeidsforhold som kjennetegner «Human service organisations», ulike velferdsorganisasjoner (Hasenfeld, 2010a). Moral kan være med på å styre hvem som er sosialt akseptert som hjelpetrequende for den gitte organisasjonen. Hasenfeld (2010a, s. 17) mener at rutinene kan være innlærte i organisasjonen, og de ulike profesjonene er med på å beskytte og opprettholde rutinene. For eksempel oppga informantene at det ofte ikke var behov for oppfølging, spesielt mot de som hadde drukket for mye alkohol. Dette kan tyde på at informantene ikke definerer alkohol til å være et farlig rusmiddel. Det kan tyde på at det er noen føringer innad på legevaktene i henhold til hvem som blir ansett som trengende, og dette samsvarer med teorien til Hasenfeld (2010a). Samtidig kan det være et uttrykk for at informantene ble mer bekymret om den unge hadde fått i seg illegale rusmidler. Eksempelvis var det en informant som trakk frem en ung jente som injiserte heroin. Da reagerte informanten med å kontakte barnevernet. Ingen av informantene fant det nødvendig å henvise noen for oppfølging når henvendelsen skyldtes høyt inntak av alkohol. Dette samsvarer med en studie av Skogen et al. (2014) som sier at debutering av alkohol er vanlig i ungdomstiden. I de fleste tilfeller vil barn og unge som drikker for mye alkohol i ungdomstiden klare seg bra. Det er en naturlig del å prøve ut alkohol i denne perioden. Sett i lys av dette, kan det argumenteres for at det ikke knyttes stor risiko til gruppen som drikker mye alkohol i ungdomstiden og som ender på legevakt med rusmiddelutfordringer. Dermed kan det diskuteres om legevakt er riktig arena for å jobbe med forebyggende rusarbeid.

Flere av informantene viste til egen barndom og eksperimentering av alkohol som en vanlig del av utprøving i ungdomstiden. Positive historier om alkoholbruk kan tyde på at de normaliserte situasjonen når barn og unge ankom med rusmiddelutfordringer, og at dette påvirket om de fikk ytterligere oppfølging eller en samtale om rus. Dette samsvarer med studien til sosionomen Selseng (2017a). Hun har gjennomført kvalitative intervjuer om holdninger knyttet til ulike rusmidler hos profesjonsutøvere, og mener at holdninger påvirker tjenestene som gis. Funnene viser at profesjonsutøverenes holdninger til alkohol er

forankret i en kulturell kontekst og påvirker hvordan tjenester til personer med rusmiddelutfordringer blir utformet. Hun hever at det er en sammenheng mellom positive drikkehistorier og hvordan profesjonelle ser på beruselse. Selseng (2017b, s. 89) hevder at profesjonelle blir mer påvirket av kulturelle forestillinger og av massemedia, enn av egen utdanningsbakgrunn, kjønn og alder. Inntak av alkohol forårsaker imidlertid betydelige folkehelseproblemer (Folkehelseinstituttet, 2018a). Alkohol er årsak til ulike helseproblemer og sosiale problemer, og er en av de viktigste risikofaktorene for tidlig død i befolkningen (Lim et al., 2012). Det er særlig alvorlig beruselse som øker risiko for helsemessige og sosiale skader i befolkningen. Unge voksne er den aldersgruppen som hyppigst drikker seg beruset, og er særlig utsatt (Folkehelseinstituttet, 2018b).

7 Avslutning og oppsummering

Hensikten med denne studien har vært å undersøke hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer ivaretas på legevakt utover den medisinske ivaretakelsen, og hvordan man kan tilrettelegge for bedre oppfølging av denne gruppen. Dette er drøftet med utgangspunkt i hvilke utfordringer som beskrives av ansatte på individ- og organisasjonsnivå. Problemstillingen og forskningsspørsmålene har blitt tematisert gjennom seks semistrukturerte intervjuer med ansatte på tre forskjellige legevakter i landet. Det var til sammen fire temaer som utmerket seg: mangel på kapasitet, å jobbe forebyggende på en legevakt, medisinske tilstander og rus, og skjønn. Empirien er drøftet i lys av tidligere forskning og teori om tidlig intervensjon og forebyggende arbeid, teori om «Bakkebyråkratene», Human service organisations og teori om skjønn.

Resultatene viste at fåtallet av informantene snakket med de unge utover den medisinske ivaretakelsen. Rammebetingelser som mangel på kapasitet, forståelsen av legevaktens mandat, kunnskap, skjønn og rutiner ser ut til å ha betydning for oppfølgingen. I tillegg om det var ønskelig å arbeide med forebyggende rusarbeid på en legevakt. Særlig holdninger til alkohol som rusmiddel så ut til å påvirke. Informantene mente at det ikke var tilrettelagt for å gjennomføre samtaler om rus utover det rent medisinske. Informantene påpekte at de ikke hadde tid eller at det fantes egnede rom. Informantenes synspunkter er forenlig med andre studier som tar opp at høyt arbeidspress fører til at oppfølgingen av ruspasienter kan bli nedprioritert (Johansen et al., 2011). Resultatene er diskutert og sett i lys av tidligere forskning som sier blant annet at korte samtaler kan være overkommelig selv i en stressende arbeidssituasjon. Ulike studier fra tilsvarende arbeid viser gode resultater ved å snakke om rusmiddelutfordringer på legevakt med risikoutsatte grupper, og kan bidra til at færre faller utenfor (Crawford et al., 2004; Davis et al., 2018; Nilsen et al., 2008; Saunders et al., 1993). I tillegg er legevakter et sted som potensielt kan fange opp barn og unge med rusutfordringer.

Legevaktene hadde videre ingen rutiner på hvordan de skulle snakke om rus med barn og unge utover den medisinske ivaretakelsen. Resultatene viste at informantene ønsket retningslinjer og rutiner på hvordan barn og unge med rusmiddelutfordringer skulle bli ivaretatt. Tidligere forskning har vist sammenfallende resultater som hos mine informanter

(Lid et al., 2012). Statlige føringer er tydelig på at førstelinjen i kommunene som møter barn og unge som viser bekymringsfull rusadferd, har en viktig oppgave i å se risikoatferd på et tidlig tidspunkt, og handle på bakgrunn av det (Helsedirektoratet, 2010). Resultatene i denne studien viser at det ikke tilrettelegges for at dette arbeidet skal prioriteres. Ivaretagelse av liv og helse på kort sikt ble ansett som det viktigste i en akutt situasjon.

Rutiner og kartleggingsmateriale kan være med på å tilrettelegge for at barn og unge med rusmiddelutfordringer blir fulgt opp utover den medisinske ivaretagelsen, samtidig som det må åpnes for bruk av skjønn i møte med denne gruppen. Resultatene viser videre en stor variasjon i hvordan informantene vurderer tilfellene ut ifra bekymring, og dette kan tyde på manglende kunnskap om rus og sosialfaglige problemstillinger. Funnene kan tyde på at det er behov for mer kompetanse for å møte barn og unge med rusmiddelutfordringer på legevakt. Tiltak som videreutdanning, kursing og tverrfaglighet i tjenestene kan være med på å styrke den helhetlige ivaretagelsen. Studier har vist økt dødelighet for personer innlagt med selvpåført rusmiddelforgiftninger (Bjornaas et al., 2009; Vallersnes et al., 2019). Legevaktene har en mulighet til å nå denne gruppen på et tidlig tidspunkt. Videre avhenger dette av bedre organisatoriske betingelser som legger til rette for at denne gruppen blir fulgt opp. Denne oppgaven viser at det er et behov for mer forskning på intervensjonsprogrammer for å finne ut av hvilke tiltak som gir best oppfølging av barn og unge med rusmiddelutfordringer, og særlig i legevaktstjenester.

Litteraturliste

- Adam, A., Faouzi, M., Yersin, B., Bodenmann, P., Daepfen, J. B., & Bertholet, N. (2016). Women and men admitted for alcohol intoxication at an emergency department: Alcohol use disorders, substance use and health and social status 7 years later. *Alcohol and Alcoholism*, 51(5), 567–575. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agw035>
- Album, D., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science and Medicine*, 66(1), 182–188. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>
- Auerbach, C., & Mason, S. E. (2010). The value of the presence of social work in emergency departments. *Social Work in Health Care*, 49(4), 314–326. <https://doi.org/DOI:10.1080/00981389.2011.610872>
- Bakken, A. (2018). *Ungdata. Nasjonale resultater 2018* (Vol. 18). Oslo: NOVA
- Berge, S. R., (2016). *Årsrapport Ungdom og rus 2016- Oslo kommunale legevakt*. Oslo: Helseetaten
- Bjornaas, M. A., Jacobsen, D., Haldorsen, T., & Ekeberg, O. (2009). Mortality and causes of death after hospital-treated self-poisoning in Oslo: A 20-year follow-up mortality and causes of death after self-poisoning M.A. Bjornaas et al. *Clinical Toxicology*, 47(2), 116–123. <https://doi.org/10.1080/15563650701771981>
- Bye, E. K., & Skretting, A. (2017). *Bruk av rusmidler blant 15–16-åringene. Resultater fra ESPAD 1995–2015*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Chen, K., & Kandel, D. B. (1995). The Natural History of Drug Use from Adolescence to the Mid-Thirties in a General Population Sample Introduction Methods. *American Journal of Public Health*, 85(1).
- Christiansen, Å. (2012). Tidlig intervensjon ved rusrelaterte lidelser i sykehus. In S. Biong & I. Ytnehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 165–185). Oslo: Akribe.
- Crawford, M. J., Patton, R., Touquet, R., Drummond, C., Byford, S., Barrett, B., ... Henry, J. A. (2004). Screening and referral for brief intervention of alcohol-misusing patients in an emergency department: A pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*, 364(9442), 1334–1339. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17190-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17190-0)
- Davis, A. K., Arterberry, B. J., Bonar, E. E., Chermack, S. T., Blow, F. C., Cunningham, R. M., & Walton, M. A. (2018). Predictors of positive drinking outcomes among youth receiving an alcohol brief intervention in the emergency department. *Drug and Alcohol Dependence*, 188, 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.03.044>
- Djupvik, A., & Eikås, M. (2016). *Organisert velferd- Organisasjonskunnskap for helse og sosialarbeidere* (3 utg.). Oslo: Det Norske Samlaget.
- Færevaa, F. B. (2017). *Ungdom og Rus på Legevakten i Oslo*. Oslo: Helseetaten.

- Færevaag, F. B. (2018). *Årsrapport Ungdom og rus- Oslo kommunale legevakt*. Oslo: Helseetaten.
- Fekjær, H. O. (2011). *RUS. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. (3 utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fellesorganisasjonen. (u.å.). Hva er en sosionom? Hentet februar 28, 2019, fra <https://www.fo.no/din-profesjon/sosionom/>
- Folkehelseinstituttet. (2018a). Oversikt over Alkohol i Norge: Et folkehelseperspektiv på alkohol. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/beskrivelse-av-rapporten/oversikt-over-alkohol-i-norge-et-folkehelseperspektiv-pa-alkohol/>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). Alkoholbruk i den voksne befolkningen. Hentet oktober 19, 2018, fra <https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/>
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hasenfeld, Y. (2010a). Human services as complex organizations. I *The attributes of human service organizations* (s. 9–32). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Hasenfeld, Y. (2010b). Organizational forms as moral practices: the case of welfare departments. I *The attributes of human service organizations* (s. 97–115). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Opptappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. Prop. 15 S (2015- 2016). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). En helhetlig rusmiddelpolitikk. Alkohol-narkotika-doping (Meld. St. 30 (2011–2012)), 30, 1–189. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/bba17f176efc40269984ef0de3dc48e5/no/pdfs/stm201120120030000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (u.å.). Definisjoner, metode og prosess. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/2-definisjoner-metode/2.3-rusdiagnoser-icd-og-dsm>
- Helsedepartementet. (2004). *Rusreformen- pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven.Rundskriv I-8/2004*. Oslo: Helsedepartementet.
- Helsedirektoratet. (2010). *Fra bekymring til handling-En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2012). *Opptrappingsplanen for rusfeltet . Resultat og virkemidler*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsenorge. (2015). Legevakt. Hentet oktober 16, 2019, fra <https://helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunen/legevakt>
- Høilund, P., & Juul, S. (2015). *Anerkendelse og dømmekraft i sosialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- International Federation of Social Workers. (u.å.). Global Definition of Social Work. Hentet oktober 14, 2018, fra <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Johannesen, L. E. F. (2018). Flertydighet og fleksibilitet. *Norsk Sosiologisk Tidsskrift*, 2(3), 242–258.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5 utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johansen, I. H., Carlsen, B., & Hunskaar, S. (2011). Psychiatry out-of-hours: a focus group study of GPs' experiences in Norwegian casualty clinics. *BMC Health Services Research*, 11(132). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-132>
- Jones, C. (1999). Social work: Regulation and managerialism. In M. Exworthy & S. Halford (Red.), *Professionals and the New Managerialism in the Public Sector*. Buckingham: Buckingham: Open University Press.
- Kraus, L., Guttormsson, U., Leifman, H., Arpa, S., Molinaro, S., Monshouwer, K., ... Arnarsson, M. (2016). *ESPAD Report 2015: results from the European school survey project on alcohol and other drugs*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <https://doi.org/10.2810/86718>
- Krogstrup, H. K. (2002). Når sosialt arbeid blir "standardvare." *Nordisk Sosialt Arbeid*, 22(3), 122–130.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (3 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Lid, T. G., Oppedal, K., Pedersen, B., & Malterud, K. (2012). Alcohol-related hospital admissions: Missed opportunities for follow up? A focus group study about general practitioners' experiences. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(6), 531–536. <https://doi.org/10.1177/1403494812456636>
- Lim, S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Heather Adair-Rohani, Markus Amann*, H Ross Anderson*, K. G. A., ... Ezzati, M. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2224–2260. <https://doi.org/10.1016/S0140->

6736(12)61766-8.A

- Lipsky, M. (1977). Toward a theory of street-level bureaucracy. In W. D. Hawley & M. Lipsky (Red.), *Theoretical perspectives on urban politics*. Englewood Cliffs, N.Y.: Prentice Hall.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Melhus, K., & Vold, S. K. (1997). Oslo Legevakt [Violence in an emergency room in Oslo, 1994]. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 117.
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science*, 26(3), 322–341. <https://doi.org/10.1287/mnsc.26.3.322>
- Moore, M., Ekman, E., & Shumway, M. (2012). Understanding the Critical Role of Social Work in Safety Net Medical Settings: Framework for Research and Practice in the Emergency Department. *Social Work in Health Care*, 51(2), 140–148. <https://doi.org/10.1080/00981389.2011.610872>
- Morken, T., Myhr, K., Raknes, G., & Hunskår, S. (2016). *Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2016*. Hentet fra [https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12957/Legevaktorganisering i Norge2016_endelig_versjon_rev_febr2017_Marie.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/12957/Legevaktorganisering_i_Norge2016_endelig_versjon_rev_febr2017_Marie.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Nasjonale forskningsetiske komiteer. (u.å.). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet oktober 24, 2019, fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- NAV. (u.å.). Ny Ungdomsgaranti. Hentet oktober 23, 2018, fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Samarbeid/For+kommunen/Relatert+informasjon/ny-ungdomsgaranti>
- Nesvåg, S. (2012). Ulike forståelser og perspektiver på problematisk rusmiddelbruk og avhengighet. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 55–77). Oslo: Akribe.
- Nesvåg, S., Kraft, P., Huseby, G., Enger, Ø., Duckert, F., & Backer-Grøndahl, A. (2007). *Tidlig intervensjon på rusområdet- en kunnskapsoppsummering*.
- Nilsen, P., Baird, J., Mello, M. J., Nirenberg, T., Woolard, R., Bendtsen, P., & Longabaugh, R. (2008). A systematic review of emergency care brief alcohol interventions for injury patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 184–201. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.09.008>
- NORCE. (u.å.). Psykiatri- og rusrelaterte henvendelser til legevakt. Hentet fra <http://uni.no/nb/uni-helse/nasjonalt-kompetansesenter-for-legevaktmedisin/psykiatri-og-rusrelaterte-henvendelser-til-legevakt/>
- Norsk Senter for Forskningsdata. (u.å.). Personverntjenester. Hentet fra

<http://www.nsd.uib.no/>

NOU 2015:17. (2015). *Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/pdfs/nou201520150017000dddpdfs.pdf>

Pape, H., & Hammer, T. (1996). How does young people's alcohol consumption change during the transition to early adulthood? A longitudinal study of changes at aggregate and individual level. *Addiction*, 91(9), 1345–1357.
<https://doi.org/10.1080/09652149639565>

Polanyi, M., & Sen, A. (2009). *The tacit dimension*. England: University of Chicago press.

Regjeringen. (u.å.). Folkehelse. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/sub/stedsutvikling/ny-emner-og-eksempler/folkehelse/id683844/%0A%0A>

Rittel, H. W., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*, 4(2), 155–169.

Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

Selseng, L. B. (2017a). *Diskursive ressursar i rusarbeid – ein analyse av praksisforteljingar*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.

Selseng, L. B. (2017b). Formula Stories of the “Substance-Using Client”: Addicted, Unreliable, Deteriorating, and Stigmatized. *Contemporary Drug Problems*, 44(2), 87–104.
<https://doi.org/10.1177/0091450917698963>

Silverman, D. (2010). *Doing Qualitative Research* (3 utg.). London: Sage Publications.

Skogen, J. C., Sivertsen, B., Lundervold, A. J., Stormark, K. M., Jakobsen, R., & Hysing, M. (2014). Alcohol and drug use among adolescents: And the co-occurrence of mental health problems. Ung@hordaland, a population-based study. *BMJ Open*, 4(9), 1–10.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005357>

Solheim, L., & Øvrelid, B. (2001). *Samhandling i velferdsyrke*. Bergen: Fagbokforlaget.

Statistisk sentralbyrå. (u.å.). Konsultasjoner hos fastlege eller legevakt i løpet av året, etter alder og etter kjønn. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj/aar>

Store medisinske leksikon. (u.å.). Rammebetingelser. Hentet fra <https://sml.snl.no/rammebetingelser>

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse- en innføring i kvalitativ metode* (5 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Timmermans, S., & Epstein, S. (2010). A World of Standards but not a Standard World: Toward a Sociology of Standards and Standardization. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 69–89. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102629>
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tutenges, S., & Sandberg, S. (2013). Intoxicating stories: The characteristics, contexts and implications of drinking stories among Danish youth. *International Journal of Drug Policy*, 24(6), 538–544. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.03.011>
- Vallersnes, O. M., Bjornaas, M. A., Lund, C., Jacobsen, D., Ekeberg, Ø., & Brekke, M. (2016). Follow-up of young patients after acute poisoning by substances of abuse: A comparative cohort study at an emergency outpatient clinic. *BMC Research Notes*, 9(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2200-6>
- Vallersnes, O. M., Jacobsen, D., Ekeberg, Ø., & Brekke, M. (2019). Mortality, morbidity and follow-up after acute poisoning by substances of abuse: A prospective observational cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(4), 452–461. <https://doi.org/10.1177/1403494818779955>
- Viner, R. M., & Taylor, B. (2007). Adult outcomes of binge drinking in adolescence: Findings from a UK national birth cohort. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(10), 902–907. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.038117>
- Willumsen, E. (2015). Tverrprofesjonelt samarbeid i sosialt arbeid. I I. Ellingsen, I. Levin, B. Berg, & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid – en grunnbok* (s. 154–170). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ytrehus, S. (2012). Kommunalt rusarbeid. I S. Biong & S. Ytrehus (Red.), *Helsehjelp til personer med rusproblemer* (s. 240–264). Oslo: Akribe.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til ansatte

Vil du delta i forskningsprosjektet «Ansatte på en legevakt i møte med barn og unge under 24 år som har rusutfordringer»

Jeg skal skrive en masteroppgave på VID vitenskapelige høgskole i faget master i sosialt arbeid. Oppgaven skal omhandle hvordan legevakten håndterer barn og unge under 24 år som har rusutfordringer med særskilt fokus på samarbeid og tverrfaglig innsats. For å få frem disse opplevelsene ønsker jeg å intervju ansatte som arbeider direkte med unge ruspasienter på en legevakt.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Problemstillingen for oppgaven vil være:

«Hvordan møter en legevakt ruspåvirkede barn og unge under 24 år?»

Forskningsspørsmål:

1. *Hvilke faktorer i en akuttsituasjon mener de ansatte kan ha betydning i møte med ruspåvirkede barn og unge?*
2. *Har tverrfaglig samarbeid en betydning i dette arbeidet?*

Formål: Formålet med prosjektet er å få en økt forståelse i hvordan barn og unge med rusutfordringer blir møtt og forstått på en legevakt. Funn vil kunne belyse legevaktens møte med unge ruspasienter som kan ha rusutfordringer som igjen kan føre til en utvikling i tjenestene rettet mot denne gruppen. Funn i intervjuene vil bli brukt i masteroppgaven og det kan bli aktuelt å bruke materialet til å skrive forskningsartikler på et senere tidspunkt. Jeg ønsker å gå i dybden ved å intervju fem- seks av dere som møter denne gruppen i det daglige arbeidet, og det vil være sykepleiere og muligens sosionomer som vil bli intervjuet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet? VID- Vitenskapelighøgskole er ansvarlig for prosjektet og veileder er førstelektor Lene Østby.

Hvorfor får du spørsmål om å delta? Du får en forespørsel om å delta fordi du arbeider på en legevakt og kan si noe om oppgavens problemstilling. Din arbeidsgiver har rekruttert deg til å delta, og det vil bli tilrettelagt et intervju på din arbeidsplass eller på telefon/Skype. Informantene er rekruttert fra ulike legevakter.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du lar deg intervjuet i 30-60 minutter. Opplysninger om deg vil bli behandlet konfidensielt. Det vil bli brukt båndopptaker under intervjuet, men det vil ikke fremkomme navn eller andre direkte eller indirekte personopplysninger som kan knytte deg til opptaket. Det vil eksempelvis ikke fremkomme hvilken legevakt du jobber ved, eller hvem andre legevakter som er med i undersøkelsen. Den eneste bakgrunnsinformasjonen som vil bli samlet inn er demografiske opplysninger som hvilken stilling du har på legevakten og hvor lenge du har arbeidet på legevakten. Videre vil ingen andre ha tilgang på båndopptakeren. Etter intervjuet vil intervjuet bli skrevet ned i sin helhet (transkribert) og båndopptaket vil bli slettet. Informasjonen vil bli lagret på en datamaskin med kode hvor kun jeg har tilgang på informasjonen. Intervjuet vil deretter bli analysert sammen med de andre intervjuene utfra tema. Transkripsjonene vil bli slettet når masteroppgaven er ferdig i mai 2019. Opplysninger som vil bli samlet inn er hvordan du opplever at barn og unge med rusutfordringer blir møtt på en legevakt, med et særskilt fokus på samarbeid og tverrfaglig innsats.

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. Du kan gi beskjed til den som har rekruttert deg at du ikke vil delta. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. 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

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

Det vil kun være meg som vil ha tilgang på opplysningene. Min veileder, førstelektor Lene Østby vil ha tilgang på drøfting av funn for å kunne veilede meg gjennom oppgaven. Du vil ikke kunne bli gjenkjent i en eventuell publikasjon i en forskningsartikkel. Type opplysninger som eventuelt vil bli publisert er generelle problemstillinger og tema som fremkommer etter en analyse.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2019. Datamaterialet vil bli slettet ved prosjektslutt. Ved en publisering av funn i en forskningsartikkel vil indirekte personopplysninger som størrelsen på legevakten du jobber ved, hvor lenge du har jobbet på legevakten også videre vil ikke bli gjengitt, men det vil kunne bli gjengitt sitater og tema fra intervjuene. Datamaterialet vil bli omarbeidet tilstrekkelig til at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.

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 VID vitenskapelige høyskole 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:

- VID- Vitenskapelige høyskole ved førstelektor Lene Østby.
- Vårt personvernombud: Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Fride Behrentz Færevaaag

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Ansatte på en legevakt i møte med barn og unge under 24 år som har rusutfordringer», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at opplysninger om meg publiseres -Det er mulig at data vil bli brukt i en publisering i en forskningsartikkel

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. mai 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Samtykke makuleres etter underskrift.

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Intervjuet er ute hvordan ansatte ved legevakter beskriver sitt arbeid i møte med rusutsatte barn og unge. Barn og unge vil være i aldersgruppen under 24 år og dette vil bli opplyst før intervjuet.

Innledningsvis vil jeg oppgi problemstillingen for oppgaven og informere at informanten er valgt ut fordi han/hun kan være med på å belyse denne. Videre er oppgaven ikke ute etter navn, alder etc. som kan gjenkjenne enkeltpersoner. Men gjerne at informanten kan gjengi møter en har hatt med ruspåvirkede barn og unge så lenge informanten ikke identifiserer noen.

Problemstilling:

«Hvordan beskriver ansatte på legevakten det akutte møte med ruspåvirkede barn og unge under 24 år?»

Innledning:

Hvor lenge har du jobbet ved stedet, profesjon og erfaringer med akutte møter med ruspåvirkede barn og unge.

Spørsmål 1:

- **Hva skjer på Legevakten når de yngste, en ungdom under 24 år kommer inn med et helseproblem og det oppdages at han eller hun enten er ruspåvirket av alkohol eller illegale rusmidler?**
- **Hva gjør du når du møter ruspåvirkede barn og unge, og hva er din rolle i arbeidet?**
 - Bruker dere kartleggingsverktøy om de har et rusproblem?
 - Følger dere en rutinebeskrivelse på hva dere konkret skal gjøre?
 - Har dere rutinebeskrivelser?
 - Hva gjør dere med de som er under 18 år?
 - Hvordan forholder du deg til taushetsplikten når de er under 18 år?
 - Hvordan forholder du deg til samtykke når de er over 18 år og du ønsker å melde bekymring til samarbeidspartnere?
 - Hvordan samarbeider du med andre på legevakten om de som kommer inn med en rusarbeid eller er ruspåvirkede?
 - Hvordan samarbeider du med andre utenfor legevakten?
 - Hva kunne du ha sett for deg kunne ha vært annerledes i samarbeidet internt på legevakten og med samarbeidspartnere utenfor legevakten?

Spørsmål 2:

- **Hva tenker du om barn og unge under 24 år som kommer i kontakt med dere som er ruspåvirket enten på illegale rusmidler eller alkohol?**

- Hvilken hjelp tenker du at de er i behov av fra legevakt og/eller fra samfunnet?
- Hva tenker du om å hjelpe de som kommer igjen flere ganger i løpet av et halvt år, sammenlignet med de som kommer for første gang?
- Kan du fortelle om hvilke forhold som får deg til å tenke at her kan vi gjøre noe mer enn bare å ivareta det somatiske?
- Kan du fortelle om forhold som får deg til å tenke at her kan vi bare behandle det somatiske?
- Har du inntrykk av at dette er noe de andre du jobber med også tenker?
- Hvordan får du inntrykk av at andre tenker det samme som deg? Er det noe dere snakker om internt?

Spørsmål 3:

- **Hva tenker du hvorvidt det er lett eller vanskelig for ungdommen å ta opp spørsmål om rus?**
 - Hvordan kan skam påvirke om ungdom snakker om rusutfordringer?

Spørsmål 4:

- **Er det noe du savner i hvordan du/dere håndterer ruspåvirkede barn og unge?**
- **Er det noe du tenker dere kunne ha gjort annerledes?**
- **Hva er det som hindrer deg eventuelt å få gjort dette?**

Annet

- Noe annet du ønsker å tilføye?

Vedlegg 4: Godkjenning NSD



NSD sin vurdering

Prosjektittel

«Ansatte på en legevakt i møte med barn og unge under 24 år som har rusutfordringer»

Referansenummer

185440

Registrert

12.08.2018 av Fride Behrentz Færevaaag - fride83@hotmail.com

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelig høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Lene Østby, Lene.Ostby@vid.no, tlf: 93484797

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Fride Behrentz Færevaaag, fride83@hotmail.com, tlf: 95844022

Prosjektperiode

13.08.2018 - 30.11.2019

Status

03.06.2019 - Vurdert

Vurdering (2)

03.06.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 28.05.2019

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 03.06.2019. Behandlingen kan fortsette.

VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.11.2019.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET