

MASTEROPPGAVE

Det profesjonelle rommet

En kvalitativ undersøkelse av behandleres og ruskonsulenters praksiserfaring fra arbeid med unge voksne som ruser seg.

Antall ord: 31 474

Utarbeidet av:

Veronica Sivertsen, november 2014

Fag:

Master i psykososialt arbeid

Avdeling:

Avdeling for helse og sosialfag



Forord

Undersøkelsen er et resultat av min deltakelse ved masterstudiet i psykososialt arbeid ved Høgskolen i Østfold. Studietiden har gitt meg mye ny kunnskap og inspirasjon, som jeg tar med meg videre i arbeidslivet.

Jeg har lyst til å starte med å takke alle informantene som har tatt seg tid til og engasjert seg i denne masteroppgaven. Dere gjør en enestående jobb, og jeg har satt stor pris på at dere har vært villige til å dele deres praksiserfaringer med meg. Dere har vært hele fundamentet i undersøkelsen, og uten deres deltakelse ville undersøkelsen ikke vært gjennomførbar.

Jeg vil også takke min arbeidsplass, som har lagt til rette for at jeg kunne gjennomføre dette studiet og denne undersøkelsen. Jeg vil også takke flere av mine kollegaer som har vært en stor støtte under denne tiden.

Videre vil jeg takke min samboer som alltid har kommet med oppmuntrende ord og som har bidratt med å lese korrektur. Jeg vil også takke mine veiledere: Petter Andre Arvesen og Ulf Peter Dahl. Veiledningsprosessen har vært utrolig lærerik og den har bidratt til at jeg har kommet i mål.

Jeg har lyst til å avslutte med å sitere Nilssen (2012). Avsnittet var en stor hjelp for meg i en fase hvor forvirringen i forhold til videre vei var stor. Det gav meg en ro og nytt håp. Den kvalitative forskningsprosessen har vært fruktbar og utrolig lærerik, men også strevsom og frustrerende.

«I Paganinikontrakten av Lars Kepler, utbryter den kvinnelige etterforskeren litt frustrert: «vi vet ikke en dritt». Kollegaen minner henne på at «vi vet mye. Problemet er at vi ikke klarer å sette sammen alle delene». Han sier videre at: «mye skal på plass før helheten begynner å fremtre» (Nilsen, 2012, s. 118).

«Både som forsker og kriminaletterforsker erfarer vi også at det er mye av det vi vet som forvirrer og fører oss på villspor. Mange spor følges og ikke alle fører fram. Å luke ut det som ikke skal være med, det som ikke handler om saken har også betydning for å få alle brikkene til å stemme til slutt» (Ibid).

Sammendrag

Bakgrunnen for undersøkelsen er knyttet til masterstudiet i psykososialt arbeid. Oppgaven trekker frem og setter fokus på behandleres og ruskonsulenters arbeid med unge voksne som ruser seg, og hvilke praksiserfaringer de har fra møter med de unge voksne.

Problemstillingen jeg har ønsket å undersøke er: *«Hvilke praksiserfaringer har behandlere i spesialisthelsetjenesten og ruskonsulenter i kommunal sektor fra poliklinisk arbeid, knyttet til unge voksne som ruser seg?»*.

I tillegg har jeg utarbeidet forskningsspørsmål som presiserer problemstillingen og som jeg søker å få svar på i analyse og drøfting av funn. Forskningsspørsmålene er knyttet til hvordan informantene beskriver de unge voksne som ruser seg og deres behov, hvilken forståelse de har knyttet til egen rolle, hva de vektlegger av viktig kunnskap og kompetanse og hvilke arbeidsmetoder og tilnærminger behandleren og ruskonsulenten benytter. Undersøkelsen har et kvalitativt design, og er basert på individuelle forskningsintervjuer med to behandlere og tre ruskonsulenter. Det har vært ønskelig å se de unge voksne fra to ståsted ved å rekruttere informanter fra både 1.linjetjenesten og 2.linjetjenesten. Bakgrunnen for dette er at jeg anser begge instanser som sentrale aktører i hjelpeapparatet for de unge voksne som ruser seg. Jeg har valgt å benytte en temasentrert intervjuguide, for å belyse ulike temaer knyttet til arbeid med unge voksne som ruser seg. Studiens hensikt har ikke vært å evaluere eller måle det arbeidet som gjøres knyttet til unge voksne som ruser seg. Jeg har forsøkt å gi en helhetlig forståelse av behandleres og ruskonsulenters arbeidspraksis med utgangspunkt i hvordan de profesjonelle yrkesutøverne beskriver sine arbeidsmetoder og praksiserfaringer. Den psykososiale kompetansen sier blant annet noe om hvordan vi som profesjonelle kan møte komplekse og sammensatte utfordringer og hvordan vi må møte mennesker som noe mer enn sin diagnose eller lidelse. Jeg har ut ifra datainnsamlingen valgt ut noen hovedkategorier som blir presentert og drøftet under analysekapittelet. Jeg har valgt å dele opp drøftingen i tre hovedtemaer: de profesjonelles forståelse av de unge voksne, den profesjonelle yrkesutøverrollen og de profesjonelles arbeidsmetoder og tilnærminger. Resultatene viser at både behandlerne og ruskonsulentene legger vekt på individuelt tilpassede tjenester, en helhetlig tilnærming, en relasjon som er basert på tillit, at de unge voksne blir sett og at det formidles tro og håp på at endring er mulig. Resultatene viser også at behandlernes og ruskonsulentenes arbeidspraksis har flere elementer som peker i retning av en transdisiplinær og psykososial arbeidspraksis.

English summary

This survey is a result of the master's program in psychosocial work. The thesis highlights and focuses on therapists and social workers, who work with young adults who take drugs. The survey concentrates on their practical experience from working with the young adults. The question I wanted to examine is: "what practical experience have therapists who work in the hospital sector and social workers who work in municipal sector, from working with young adults who take drugs? ". In addition, I developed research questions to clarify the question I wanted to examine, and that I seek to answer in the analysis and discussion of the findings. The research questions are related to how the informants describe the young adults, their needs, how they see their own role, what they emphasize as essential knowledge and skills and which methods they use. The survey has a qualitative design, and is based on individual research interviews with two therapists and three social workers. I wanted to see the young adults from two perspectives by recruiting informants from the hospital sector and the municipal sector. All the informants work is related to drug rehabilitation, but the therapists is responsible for the treatment. I consider both professions as key players in the support system for the young adults. I have chosen to use an interview guide that includes different themes that are related to their work. My intention has not been to evaluate their work. I have tried to give a comprehensive understanding of how therapists and social workers work, based on how they describe their methods and work practice. The psychosocial competence states something about how we as professionals can meet complex challenges and how we have to meet people as something more than their diagnosis or disorder. I have selected some categories that I present and discuss during the analysis chapter. I have divided the discussion into three themes: the professionals understanding of the young adults, the professional role and the professionals' methods and approaches. The results show that the therapists and the social workers emphasizes an individualized service, a holistic approach, a relationship that is based on trust, that the young adults are being seen and that they convey a hope that change is possible. The results also show that there is several elements that are pointing towards a transdisciplinary and psycho- social work practice for both the therapists and the social workers.

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNLEDNING.....	7
Forforståelse og bakgrunn for valg av tema.....	7
Unge voksne i dagens samfunn.....	9
Valg av problemstilling.....	11
Undersøkelsens hensikt.....	11
Avgrensning.....	12
Rammen for oppgaven.....	13
Oppgavens oppbygning.....	13
BEGREPSAVKLARINGER, TEORETISKE PERSPEKTIVER OG KUNNSKAPSSTATUS.....	14
Sentrale begreper i studien.....	14
<i>Pasient, bruker, klient eller tjenestemottaker</i>	14
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	14
<i>Kommunal sektor</i>	14
<i>Behandler</i>	15
<i>Ruskonsulent</i>	15
<i>Unge voksne</i>	15
<i>Poliklinisk arbeid</i>	16
<i>Praksiserfaring</i>	16
<i>Profesjonell</i>	16
Rusmiddelproblemer og rusbehandling.....	17
Nye begreper i helse og sosialsektoren.....	18
Betydningen av mening.....	22
Psykososial velferd og en psykososial, transdisiplinær tilnærming.....	23
Autonomi og evidensbasert praksis.....	26
Hvorfor handler de profesjonelle som de gjør?.....	28
Foucaults diskursbegrep.....	29
Foucaults maktbegrep.....	29
RELEVANT FORSKNING.....	31
Statistikk på rusmiddelsituasjonen i Norge og Europa.....	31

BrukerPlan kartlegging.....	33
Ikke møtt problematikken ved de Sosialmedisinske poliklinikkene.....	33
Andre faktorer som kan ha innvirkning på den polikliniske behandlingen eller oppfølgingen.....	34
VITENSKAPSTEORETISK TILNÆRMING OG METODISKE ERFARINGER.....	37
Kvalitativ metode.....	37
Fenomenologi og hermeneutikk.....	37
For forståelse og den hermeneutiske sirkel.....	38
Refleksjon over egen rolle som forsker.....	39
Datainnsamling.....	40
<i>Rekruttering av informanter.....</i>	<i>40</i>
<i>Presentasjon av utvalget.....</i>	<i>41</i>
<i>Halv strukturert intervju.....</i>	<i>41</i>
<i>Gjennomføring av intervjuene.....</i>	<i>43</i>
<i>Transkribering- fra tale til tekst.....</i>	<i>44</i>
Analytisk fremgangsmåte.....	44
Etiske overveielser.....	45
Reliabilitet og validitet.....	46
OVERRASKENDE RESULTATER.....	47
DATAANALYSE.....	48
PRESENTASJON AV RESULTATENE.....	48
De unge voksne som ruser seg.....	48
<i>Behov.....</i>	<i>50</i>
De profesjonelles forståelse av egen rolle.....	52
Kunnskap og kompetanse.....	53
Betydningen av relasjonen mellom den profesjonelle yrkesutøveren og de unge voksne.....	54
Inntakskriterier og tilgjengelighet.....	55
Behandlerens og ruskonsulentenes arbeidspraksis.....	56
Behandlingsbegrepet.....	60
Er poliklinisk behandling rett behandling og virksomt for de unge voksne?.....	62

Oppsøkende og ambulante tjenester.....	64
Samarbeid internt og eksternt.....	65
Behandlernes og ruskonsulentenes refleksjoner rundt andre tjenestetilbud eller arbeidsmetoder.....	68
DRØFTING AV RESULTATENE.....	70
De unge voksne som ruser seg.....	70
<i>De profesjonelles forståelse av de unge voksne og deres behov.....</i>	<i>70</i>
Den profesjonelle yrkesutøverrollen.....	73
<i>Profesjonell kompetanse.....</i>	<i>73</i>
<i>De profesjonelle utøver flere roller.....</i>	<i>75</i>
<i>Kunnskap og kompetanse.....</i>	<i>77</i>
Arbeidsmetoder og tilnærming.....	78
<i>Poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten og poliklinisk oppfølging i kommunen.....</i>	<i>83</i>
<i>Ikke møtt problematikken og ambulante tjenester.....</i>	<i>86</i>
<i>Samarbeid internt og eksternt.....</i>	<i>88</i>
<i>Psykososialt arbeid og en bio- psyko- sosial forståelse?.....</i>	<i>90</i>
AVSLUTNING.....	93
Litteraturliste.....	97
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD.....	100
Vedlegg 2: Informasjonsskriv.....	102
Vedlegg 3:Samtykkeerklæring.....	104
Vedlegg 4: Intervjuguide.....	105

INNLEDNING

Bakgrunnen for oppgaven er knyttet til masterstudiet i psykososialt arbeid ved Høgskolen i Østfold. Oppgaven trekker frem og setter fokus på behandleres og ruskonsulenters arbeid med unge voksne som ruser seg og hvilke praksiserfaringer de har fra møter med de unge voksne. Målsettingen har vært å undersøke hvordan behandlere ved en Sosialmedisinsk poliklinikk og ruskonsulenter ved en kommunal rustjeneste, forholder seg til unge voksne som ruser seg. Det har vært ønskelig å se de unge voksne fra to ståsted ved å rekruttere informanter fra både 1.linjetjenesten og 2.linjetjenesten. Bakgrunnen for dette er at jeg anser begge instanser som sentrale aktører i hjelpeapparatet for de unge voksne som ruser seg. Inspirasjonen til valg av tema kommer fra mine praksiserfaringer som ruskonsulent ved en kommunal rustjeneste, og emnene vi har vært igjennom underveis i studiet.

Undersøkellesdesignet jeg har valgt å benytte er et kvalitativt intensivt design, hvor jeg har innhentet datamaterialet via individuelle forskningsintervjuer. Mitt ønske om å løfte frem informantenes stemmer, gjorde at det ble et naturlig valg. Den kvalitative metoden gir mulighet for å få frem nyanserte beskrivelser fra informantene som gir et bilde av hvordan de både forstår og fortolker en situasjon eller et fenomen (Jacobsen, 2005, s.124). Jeg har valgt et intensivt design, for å få frem så mange nyanser som mulig ved fenomenet jeg undersøker (Jacobsen, 2005, s. 89-90). Jeg har valgt å ha færre informanter og forsøkt å få frem tykkere beskrivelser fra informantene. Gjennom samtalene med informantene har målet vært å få frem deres praksiserfaringer og gjennom det deres forståelse av egen rolle og arbeidspraksis. Det har vært viktig å få frem stemmene til de som er i direkte kontakt med de unge voksne, og som sjelden blir hørt. Deres intervjuer har sagt noe om temaer knyttet til: tjenestetilbud, organisering, brukergruppe, behov, tilnærming, kompetanse, behandling, samarbeid og suksessfaktorer. Jeg har ut ifra datainnsamlingen valgt ut noen hovedkategorier som blir presentert og drøftet under analysekapittelet.

Forforståelse og bakgrunn for valg av tema

I møte med et forskningsfelt vil vi alltid ha med oss en forforståelse knyttet til feltet, som kan bestå av tidligere erfaringer vi har med oss. Jeg vil innlede med å si litt om mine erfaringer fra arbeid knyttet til unge voksne som ruser seg og bakgrunn for valg av tema.

Jeg er utdannet sosionom og har tidligere gjennomført en videreutdanning i rusproblematikk. Jeg har i flere år jobbet som ruskonsulent ved en kommunal rustjeneste,

men min hovederfaring er knyttet til voksne som ruser seg. Når jeg startet med å utarbeide den første prosjektbeskrivelsen var jeg opptatt av de unge voksne og jeg ønsket å formidle deres praksiserfaringer. Jeg fikk i 2012 anledning til å være kursleder for to cannabisavvenningskurs for unge voksne i alderen 18-25 år. Jeg opplevde dette på flere måter som en ny brukergruppe, til tross for at jeg hadde jobbet som ruskonsulent for brukere fra 18 år og oppover i flere år. Min erfaring fra feltet var at vi fikk få henvendelser til rustjenesten fra personer mellom 18 og 23 år. Erfaringene fra cannabisavvenningskurset inspirerte meg til å se nærmere på unge voksne som ruser seg. Jeg startet med å fokusere på unge voksne som røyker cannabis, til å se på unge voksne som ruser seg uavhengig av type rusmiddel. Jeg håpet på å få mulighet til å intervju et utvalg av unge voksne som mottok eller hadde mottatt oppfølging fra hjelpeapparatet, og et utvalg av ansatte fra hjelpeapparatet som hadde erfaring fra å møte de. Etter å ha lest mer litteratur, forskning og vært i dialog med veileder, endret tilnærmingen seg. Jeg så at det ble nødvendig å gjøre noen avgrensninger grunnet oppgavens omfang og for å konkretisere temaet ytterligere. Jeg valgte å ha fokus på de profesjonelle hjelperne og deres praksiserfaringer, med utgangspunkt i unge voksne som ruser seg.

Masterstudiet i psykososialt arbeid har fått meg til å reflektere mer over egen yrkesrolle og hvordan jeg møter de som søker hjelp fra rustjenesten. Studiet har fått meg til å tenke over spørsmål som: hvordan er min arbeidspraksis og hvordan utøver og ser jeg på min rolle? Jeg håper at resultatene fra undersøkelsen kan bidra til at de som søker hjelp kan få enda bedre tjenester.

Det psykososiale begrepet kan forklares og forstås på flere måter. Det består av flere perspektiver, som det sosiale, det psykiske og det biologiske. Vi lever i et samfunn hvor flere får en diagnose sammenlignet med tidligere. Den psykososiale kompetansen sier blant annet noe om hvordan vi som profesjonelle kan møte komplekse og sammensatte utfordringer og hvordan vi må møte mennesker som noe mer enn sin diagnose eller lidelse. Det er også viktig at personene som mottar hjelp inkluderes i arbeidet og blir anerkjent som en ressurs. For å ha en psykososial arbeidspraksis, må vi forstå at kunnskap består av noe mer enn bare teori og at kunnskapen utvikler seg og endrer seg i samarbeid med andre (Skærbæk & Nissen, 2014, s.11- 14).

Unge voksne i dagens samfunn

I 2012 hadde vi en omorganisering i avdelingen hvor jeg jobber. Etter omorganiseringen har jeg i hovedsak jobbet med mennesker fra 25 år og oppover, som opplever utfordringer knyttet til ulike rusmidler. En av erfaringene jeg har gjort meg er viktigheten av tidlig intervensjon for å forebygge en eskalerende problemutvikling og langvarig bruk av rusmidler. Ungdomstiden kan være sårbar ved overgangen til voksenlivet og kan for enkelte by på utfordringer knyttet til rusmidler.

For unge voksne kan alkohol og andre rusmidler være en viktig del i ulike sosiale settinger i mange miljøer. Overgangen fra ungdom til voksen kan føre til endringer i bruk av rusmidler. Forskning viser blant annet til at inntaket av alkohol og illegale rusmidler er signifikant høyere for de som bor for seg selv sammenlignet med de som ikke har flyttet for seg selv og fortsatt bor med foreldre (Hyggen & Hammer, 2013, s.21- 22).

Bruk av rusmidler kan for noen være starten på en lang karriere med behov for oppfølging fra hjelpeapparatet. Rusmisbruk kan også være en medvirkende årsak til marginalisering blant unge voksne, men er vanskelig å måle som for eksempel ved grunnlaget for behovet for økonomiske ytelser fra det offentlige for forsørgelse. Marginaliseringsprosesser kan ofte skyldes en kombinasjon av rusmisbruk og dårlig psykisk helse. Bruk av rusmidler kan også være en medvirkende årsak til kriminalitet ved bruk av illegale stoffer, omsetning, kjøp og salg og tilknytning til kriminelle miljøer. For et fåtall kan det resultere i gjentatte fengselsopphold og en karriere som kriminell (Ibid).

Opptappingsplanen for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007), setter fokus på blant annet tidlig intervensjon og tilgjengelige tjenester til barn og unge.

Opptappingsplanen anbefaler mer oppsøkende virksomhet for de som ikke mestrer å møte ved offentlige kontorer. Det legges også vekt på at hjelpen bør komme så tidlig som mulig. Når en ung voksen ruser seg, så berører det ikke bare den unge voksne, men også eventuelt barn, søsken, foreldre eller andre pårørende.

Til tross for at det er et fåtall som ender opp med langvarig og problematisk bruk av rusmidler, kan rus koste samfunnet mye i form av økonomiske og menneskelige ressurser (Befring, Frønes & Sørli 2010, s.230). Bruk av rusmidler kan medføre skader, sykdommer og i verste fall dødsfall. Det kan også resultere i store samfunnsøkonomiske

konsekvenser, ved utgifter knyttet til helse, sykdom, uførhet, tidlig død og kriminalitet (Fekjær, 2009)

Helsedirektoratet (2009), har gitt ut en veileder som omhandler hva som kan gi grunn for bekymring knyttet til et mulig rusrelatert problem, og hvordan gå fra bekymring til handling og sikre tidlig intervensjon på rusfeltet.

Samtidig som det er økt fokus på tidlig intervensjon har det også skjedd en forskyvning av makten fra de profesjonelle til de hjelpesøkende. Brukermedvirkning er blitt lovpålagt og med det gitt de unge voksne rettigheter til å bidra i utformingen av tjenestetilbudene. Begreper som bedring, recovery og brukermedvirkning står sentralt i de nye veilederne.

Media kan være med på å skape ulike forståelser og idealer i samfunnet vi lever i. Media kan for eksempel ha en medvirkende årsak til hvordan samfunnet generelt oppfatter rus. Som profesjonelle er vi en del av samfunnet, og ikke immune for påvirkning verken fra media eller andre.

I senere tid har det gått en debatt om dagens ungdom i media. Undersøkelser viser at unge i dag er stresset. I en ny NOVA- undersøkelse fremkommer det at tre av ti jenter på ungdomsskolen er bekymret og slitne, og en av fire har depressive symptomer. Det stilles høye krav til dagens ungdom og mye av fokuset ligger på å prestere godt nok og å være bra nok (Verdens Gang, 16.09.2014).

Det er en økning i antall unge som mottar uførepensjon i Norge, og en økning i hvor mange unge som har en psykisk lidelse. Nye begrep som «å nave», har blitt etablert blant unge voksne. Samtidig så viser undersøkelser fra NOVA, at dagens ungdom er mer ordentlige sammenlignet med de siste tiår. Bruk av alkohol og narkotika har gått ned, det er færre forbrytelser registrert blant unge og fokuset på helse og familie er større. Det er flere forhold som kan forklare økningen i antall uføre, samfunnets krav og idealer og belastningen det medfører kan være en av dem (Dagens Næringsliv, 24.09.2014).

Fekjær (2009, s.320- 323), viser til at media i stor grad er med på å prege våre holdninger. Han har sett på hvordan media fremstiller rusmidler i Norge. De negative konsekvensene av illegale rusmidler har blitt fremhevet i mye større grad sammenlignet med de negative

konsekvensene av alkohol. Bildet i media er heller ikke representativt for rusbruken i det norske samfunnet. Bruk av illegale rusmidler er betraktelig lavere enn hva media fremstiller. Det er også mindre negativ omtale knyttet til alkohol. Alkohol blir oftere assosiert med hygge og feiring.

Valg av problemstilling

Problemstillingen jeg har ønsket å undersøke er:

Hvilke praksiserfaringer har behandlere i spesialisthelsetjenesten og ruskonsulenter i kommunal sektor fra poliklinisk arbeid, knyttet til unge voksne som ruser seg?

I tillegg har jeg utarbeidet forskningsspørsmål som presiserer problemstillingen og som jeg søker å få svar på i analyse og drøfting av funn:

- Hvordan beskriver informantene de unge voksne som ruser seg og deres behov?
- Hvilken forståelse har informantene av egen rolle og hva vektlegger de av viktig kunnskap og kompetanse i møte med de unge voksne?
- Hvilke arbeidsmetoder og tilnærminger benytter behandleren og ruskonsulenten?

Undersøkelsens hensikt

Hensikten med undersøkelsen har ikke vært å evaluere eller måle det arbeidet som gjøres knyttet til unge voksne som ruser seg. Jeg har ikke data på hva som virker og har ikke vært ute etter å lete etter suksesshistoriene, eller hva som er «rett hjelp» for unge voksne som ruser seg. Samtidig så ser jeg at det er mye godt arbeid som gjøres både i 1. linjetjenesten og i 2.linjetjenesten.

Jeg ønsker at undersøkelsen skal bidra til å gi en utvidet forståelse og økt kunnskap om kompleksiteten som ligger i å inneha rollen som en profesjonell hjelper og mulighetene som ligger i interaksjonen mellom den profesjonelle hjelperen og den som søker hjelp. Jeg har valgt å fokusere på poliklinisk arbeid med unge voksne som ruser seg. Jeg vil forsøke å gi en helhetlig forståelse av behandleres og ruskonsulenters praksiserfaringer med utgangspunkt i de profesjonelle yrkesutøvernes beskrivelser.

Jeg har funnet forskning som har nærliggende temaer til min undersøkelse, og jeg vil referere til hvordan jeg har søkt og hvilke databaser og søkeord jeg har benyttet senere i oppgaven. Det er gjennomført mange undersøkelser med fokus på ulike hjelpere. Jeg har derimot ikke funnet noen som har gjort en tilsvarende undersøkelse, ved å ta utgangspunkt i behandlere, ruskonsulenter og unge voksne som ruser seg.

Avgrensning

Jeg ser at det vil være lokale forskjeller mellom kommuner i forhold til hva som tilbys for denne gruppen og hvordan tjenestetilbudet er organisert. Jeg har derfor valgt å avgrense oppgaven til å omfatte en kommune på Østlandet og med dette snevre inn omfanget av undersøkelsen.

Jeg velger å definere unge voksne i denne undersøkelsen til å omhandle aldersgruppen 18-23 år. Dette fordi de under 18 år omfattes av andre regler og lovverk og følges opp av andre deler av hjelpeapparatet. Prioriteringsveilederen refererer til at fristene for vurdering og oppstart av behandling i spesialisthelsetjenesten er også annerledes for ungdom opptil 23 år enn for de som er over 23 år (Helsedirektoratet, 2012).

Jeg tar utgangspunkt i poliklinisk behandling eller oppfølging og ikke døgnbehandling. Statistikk fra Statistisk sentralbyrå, viser at det i 2013 var 288 023 polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, knyttet til tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norge. Det har vært en betraktelig økning i antall polikliniske konsultasjoner sammenlignet med i 2005, hvor tallet var 82 810. Antall døgnplasser har gått ned, da det i 2005 var 1798 døgnplasser og i 2013 1709 døgnplasser (Statistisk sentralbyrå, tabell 07245 og 07242). Jeg tenker at det er et mindretall av de unge voksne som blir henvist til døgnbehandling. Flere av rusinstitusjonene vil nok inneha mye kunnskap om unge voksne som ruser seg, men jeg har ikke valgt å se på de teoriene i denne sammenhengen.

Jeg har ikke valgt å avgrense i forhold til type rusmiddel, omfang eller ruskarriere, men ta utgangspunkt i hele brukergruppen i alderen 18- 23 år, ved de to ulike tjenestene.

Jeg ønsket i utgangspunktet å se nærmere på hvilken innvirkning organiseringen har på tjenestetilbudene og hjelpen som gis, men har valgt å avgrense i forhold til dette temaet på grunn av oppgavens omfang.

Rammen for oppgaven

Deler av undersøkelsen og innhenting av data ble gjennomført i avdelingen jeg jobber: avdeling for rus og psykisk helse. Innhenting av data fra spesialisthelsetjenesten ble gjort ved en Sosialmedisinsk poliklinikk, som vurderer tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Oppgavens oppbygning

I det første kapittelet gjør jeg rede for bakgrunn for oppgaven, valg av problemstilling, hensikten med undersøkelsen, avgrensninger som er gjort og rammen for oppgaven. I det andre kapittelet defineres begreper som benyttes i oppgaven og sentral teori knyttet til temaene i undersøkelsen. Det tredje kapittelet omhandler et utvalg av forskning som jeg anser som relevant. Det fjerde kapittelet omhandler metode og gir en innføring i hvordan undersøkelsen er gjennomført. I det femte kapittelet trekker jeg frem noen av resultatene som overrasket meg. I det sjette kapittelet presenteres analysen og funnene fra datainnsamlingen. I kapittel syv drøftes funnene opp i mot relevant teori og forskning. Det åttende kapittelet er en avslutning og en oppsummering av mine refleksjoner og tanker knyttet til undersøkelsen.

BEGREPSAVKLARINGER, TEORETISKE PERSPEKTIV OG KUNNSKAPSSTATUS

I dette kapitlet definerer jeg sentrale begreper i studien og referer til teoretiske perspektiv som jeg anser som relevante og som jeg vil benytte i drøftingen.

Sentrale begreper i studien

Pasient, bruker, klient eller tjenestemottaker

Ansatte i det offentlige hjelpeapparatet omtales ofte som «tjenesteytere». De bistår «tjenestemottakere», som kan betegnes som klienter eller pasienter. I senere tid har det blitt mer vanlig å omtale «tjenestemottakerne» som brukere, i tråd med det økte fokuset på brukermedvirkning. (Aadland, 2011, s. 254- 255).

Jeg har i denne oppgaven valgt å ikke bruke betegnelsene pasient, bruker, klient eller tjenestemottaker, men omtale de hjelpesøkende som de unge voksne. Betegnelsene hjelpeapparatet benytter vil variere avhengig av i hvilken kontekst de unge voksne omtales i, ofte benytter spesialisthelsetjenesten pasient og kommunale tjenester benytter bruker. For å unngå å veksle mellom de ulike betegnelsene eller kategorisere de hjelpesøkende, velger jeg derfor å benytte de unge voksne.

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenester er jamfør spesialisthelsetjenesteloven et statlig ansvar. Spesialisthelsetjenesten er inndelt i 4 helseregioner i Norge, hvor alle har et eget regionalt helseforetak. De skal sikre befolkningen nødvendig spesialisert helsetjenester, som omfatter blant annet tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Helsedirektoratet, Rapport 2012, s.14)

Kommunal sektor

Kommunene har ansvar for de offentlige helse- og omsorgstjenestene som ikke tilhører stat eller fylkeskommune (Ibid). I lov om kommunal helse og omsorgstjenester (2011), fremkommer det at kommunen har et ansvar for alle pasient- og brukergrupper, blant annet personer med rusmiddelproblemer.

Behandler

Jeg bruker begrepet behandler i denne konteksten som en fellesbetegnelse for de som jobber pasientrettet ved Sosialmedisinsk poliklinikk. Sosialmedisinsk poliklinikk er sammensatt av ulike profesjoner som for eksempel: Psykologer, sosionomer, barnevernspedagoger, leger, vernepleiere, sykepleiere etc. Tittelen kan være ulik som: fagkonsulent eller psykolog, men fellesnevneren slik jeg velger å definere det er at de har en funksjon som behandlere i spesialisthelsetjenesten ovenfor de unge voksne som ruser seg.

Ruskonsulent

Ruskonsulentene kan ha ulike grunnutdanninger. De har ofte en 3 årig helse og sosialfaglig utdanning og eventuelt relevant videreutdanning, men kan også ha en annen bakgrunn. Jeg bruker begrepet ruskonsulent som en fellesnevner i denne undersøkelsen for de som representerer kommunen og hvor stillingen er knyttet til arbeid med personer som opplever problematisk bruk av rusmidler.

I Stortingsmelding 30 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s.83) benyttes følgende definisjon på ruskonsulent:

«Ruskonsulentene gir helhetlig oppfølging til den enkelte. Det innebærer bistand med sikte på å begrense rusbruk, få egnet bolig, behandling, ordnet økonomi, hjelp til å håndtere gjeld, til å få meningsfulle aktiviteter eller beholde ordinært arbeid. Ruskonsulentenes helhetlige oppfølging kan inneholde motivering, veiledning, råd, opplæring i sosiale ferdigheter, bistand til å søke arbeid med mer. Ruskonsulentene henviser til behandling, og følger opp klienter i og utenfor tiltak. Noen arbeider forebyggende og driver også opplysende virksomhet om rusmiddelbruk. Ruskonsulenten arbeider også i tverrfaglige team».

Unge voksne

Hammer og Hyggen (2013, s.13- 14), viser til at begrepet unge voksne ikke har en entydig definisjon. Det brukes om unge voksne i slutten av tenårene som er mellom det å være ungdom og det å være voksen og alderen kan variere avhengig av hvem som bruker begrepet. Det kan være alt mellom 18 og 30 år. Det som skiller de fra ungdom og det som skiller de fra de voksne kan være knyttet til livssituasjon og alt av utfordringer,

begrensninger og muligheter som kan oppstå i overgangen mellom å være ungdom og å bli voksen.

Poliklinisk arbeid

Poliklinisk har vært et begrep som har vært benyttet mye i spesialisthelsetjenesten knyttet til behandling ved en dagpoliklinikk. I denne undersøkelsen har jeg valgt å benytte poliklinisk arbeid som et samlebegrep for den oppfølgingen behandlere og ruskonsulenter gir til unge voksne som ruser seg.

Praksiserfaring

Topor (2006, s.180-181), beskriver ulike metoder som påvirker den profesjonelles praksis. Han vektlegger betydningen av evidensbaserte tiltak, som også vektlegger betydningen av brukernes egen kompetanse og kunnskap om hva som fremmer bedring for den enkelte. Topor viser til at de profesjonelles tiltak bør være «evidensbaserte», med dette så mener han at den profesjonelles handlingsrom bør bestå av en kombinasjon av: klinisk (praktisk ekspertise), brukerens ønsker og evidens fra forskningen.

De profesjonelles arbeidspraksis blir styrt av både kunnskap og skjønn. Tjenestene som gis er knyttet til en problemstilling som blir fremmet fra den som ønsker hjelp.

Problemstillingen kan ofte være knyttet til endring, og de profesjonelle benytter sin kunnskap for å kartlegge, vurdere videre vei og hvordan endringen skal gjennomføres. Bruk av skjønn benyttes da det er vanskelig å finne en standard for hvordan problemstillingene skal løses (Molander & Terum 2008, s.19-20).

Jeg definerer praksiserfaring i denne sammenheng til å omhandle en kombinasjon av behandlernes og ruskonsulentenes formelle kompetanse i form av utdanning og kunnskap om aktuell forskning om unge voksne og rusmidler og deres yrkeserfaring fra møtene med de unge voksne.

Profesjonell

Begrepet profesjon benyttes om yrkesgrupper, som har en type utdanning som kvalifiserer til å utøve bestemte arbeidsoppgaver, til en viss grad autonomt. Samfunnet har tiltro til at profesjonene eller yrkesgruppene handler og ivaretar oppgaver som er av verdi for allmennheten og at oppgaven utføres forsvarlig (Molander & Terum, 2008, s.20).

Å være profesjonell innebærer at du har gjennomført en utdanning, du har kunnskap om teori og praktiske fremgangsmåter. Relasjonen mellom den profesjonelle og brukeren kan være et sentralt verktøy i arbeidet og interaksjonen mellom dem baseres på hvordan brukerens problemer skal håndteres (Topor 2006, s.169- 172).

Rusmiddelproblemer, omfang og rusbehandling

Veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014), benytter begrepet rusmiddelproblemer. Den viser til at ikke alle utvikler en avhengighet, men at rusmiddelproblemene kan ses ut ifra symptomene, grad og varighet.

Rusmiddelproblemene kan gå ut over livssituasjon, mestring, trivsel og relasjoner.

Fenomenet beskrives som fastlåste tanke- og atferdsmønstre. Årsakene til at en person kan utvikle en avhengighet, beskrives å være av biologisk, psykologisk og sosial art. Det er også i senere tid vært benyttet en nevrobiologisk forståelse av avhengighet.

Rusbehandling er sammensatt og det er vanskelig å definere hva som hjelper den enkelte og i hvilken kontekst. Det kan være faktorer som tid, relasjonen til behandleren eller andre kontaktpersoner i hjelpeapparatet. Det er ikke kun ett perspektiv eller en tilnærming som er riktig eller tilstrekkelig for å behandle rusproblemer. Studier viser at mange også blir rusfrie uten bistand fra hjelpeapparatet (Skærbæk & Nissen, 2014, s. 142).

Barry Duncan presenterte en teori om hva som virket i terapi. Han viste til at 40 % skyldes klienten og en utenomterapeutisk faktor, 30 % relasjonen, 15 % placebo og forventninger og 15 % modeller og teknikker (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjelstad, 2007, s. 294-296).

Morten Nissen (Skærbæk & Nissen, 2014, s. 88- 90), benytter begrepene: mål, midler, aktører og gjenstander når han skal skissere hva som ligger i behandling av rusmiddelavhengige:

- En gjenstand, et objekt: Hva behandles? Er det en tilstand som er uønsket eller en sykdom (lidelse, problem, forstyrrelse).
- Et mål: Hva er det ønskelig å oppnå med behandlingen? Er det en reduksjon av symptomer eller er det at sykdommen skal opphøre?

- En aktør: Hvem er det som behandler? Behandling består ofte av flere aktører, enten en eller flere fagpersoner, men også den syke må være aktiv.
- Bruken av virkemidler: Behandling kan bestå av at fagpersonene tar i bruk ulike verktøy eller prosedyrer, som de vurderer kan være egnet i forhold til målet med behandlingen.

Rusreformen som kom i 2004 innebar at behandling for skadelig bruk av rusmidler og rusavhengighet ble overført fra kommunene til spesialisthelsetjenesten.

Behandlingstilbudene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), ble en del av spesialisthelsetjenesten. De rusavhengige fikk pasientrettigheter som skulle vurderes ut ifra deres helsetilstand (Lossius, 2012, s. 47- 48).

For å få vurdert sine pasientrettigheter må det foreligge en henvisning fra for eksempel: NAV/sosialtjenesten, fastlege, privatpraktiserende lege, annen lege i spesialisthelsetjenesten, lege i fengselshelsetjenesten (Ibid).

Nye begreper i helse og sosialsektoren

Det har skjedd endringer i helse og sosialsektoren de siste tiårene og flere nye begreper er innført. Forandringene har hatt innvirkning på lovverk, litteratur, veiledere og forskning. Det har også skjedd endringer i samfunnet i form av at det er mindre tradisjonelle roller, forventninger og mindre tydelige karrierevalg. Endringene har ført til større differensiering og kan gjøre livet mer uforutsigbart enn hva det har vært tidligere. Dagens samfunn byr på flere muligheter for hver enkelt, men det kan også føre til nederlag for noen. Samfunnet har større fokus på at den enkelte har ansvar for eget liv og individualiseringen kan føre til at nederlag blir knyttet til den enkelte. Levekårene har blitt bedre i vestlige samfunn og det er større forventninger til materiell velstand og karriere (Hyggen & Hammer, 2013, s.101).

Bedring er et av begrepene som går igjen i helse og sosialsektoren. Topor (2006, s.18- 21), stiller spørsmål ved hva begrepet bedring betyr. Han sammenligner bedring med helbredelse og rehabilitering og skisserer at bedring er annerledes på flere måter: individets (egen)innsats, hele mennesket og makt.

Det er personen selv som må gjøre innsatsen. Andre kan eventuelt bistå, men personen det gjelder må være med som en aktiv part. Hele individet må også sees i sammenheng. Det er

ikke kun å være symptomfri som er avgjørende i en bedringsprosess. Bedring består også av at individet innehar makten over eget liv, og ved det kan styre hvordan han eller hun ønsker å leve sitt liv (Ibid).

Bedring kan forstås som en prosess som skjer i individet, som kan ses i sammenheng med individet og omgivelsene. Målet kan være å forholde seg til problemene på en ny måte og håndtere de annerledes. En endringsprosess i forhold til holdninger, verdier, følelser, mål og/eller roller og opparbeide en ny mening med livet (Ibid).

Brukermedvirkning har også blitt et sentralt begrep i sosial- og helsetjenesten i senere tid, og utfordrer de profesjonelle hjelpenes arbeidsmetoder og forståelse. Fra å tenke at hjelperen innehar en ekspertrolle og har mer kunnskap enn den som søker hjelp, til å anerkjenne den hjelpesøkende sin forståelse av endringsprosessen (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjelstad, 2007, s. 20-23).

Lovverket har endret seg mye i løpet av de siste ti – femten år. Brukermedvirkning stiller nye krav til de profesjonelle hjelperne og deres arbeidspraksis. Det krever at det settes av nok tid både til bruker og systemarbeid. Brukermedvirkning kan skje på flere nivåer: individnivå, systemnivå eller på politisk nivå. Det har også blitt regulert via lov og noe som tjenesteapparatet må forholde seg til (Ibid).

Et annet begrep som er innført er recovery. Recovery tar sikte på at bedring er en personlig prosess, hvor målet er å få et meningsfylt liv til tross for eventuelle begrensninger som kan oppstå på grunn av problemet. Å ta kontroll over eget liv og myndiggjøring er sentrale begreper i bedringsprosessen. Hjemmet, arbeid og aktivitet, utdanning, penger, sosiale arenaer, lokalmiljøet, venner og familie er viktig i denne prosessen. Recoveryperspektivet legger også til grunn at den med problemet er ekspert på seg selv. Relasjonen mellom den profesjonelle og den hjelpesøkende må være basert på likeverd, åpenhet, ærlighet og tillit (Helsedirektoratet, 2014, s. 31- 32).

Veilederen «Sammen om mestring», ble gitt ut av Helsedirektoratet i 2014. Veilederen skulle fungere som et verktøy for både kommuner og spesialisthelsetjenesten og være en veileder for lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Det lokale arbeidet har som mål å gi

befolkningen flere friske levekår og mindre negative konsekvenser av rusmiddelbruk (Ibid, s. 8- 9).

Lovendringer og innføring av helse- og omsorgstjenesteloven har ført til nye ansvarsområder for kommunene. Kommunene skal sikre at personer med rusmiddelproblemer får utredning, diagnostisering og behandling. Veilederen er opptatt av det lokale arbeidet som skal gjøres i kommunene og anbefaler at det skjer i samhandling med spesialisthelsetjenesten, i henhold til samhandlingsreformen for å sikre bredere tjenester og tilnæringsmåter (Ibid, s. 11- 13).

Veilederen vektlegger at brukeren skal være den viktigste aktøren. Brukermedvirkning skal sikres, ved blant annet tilbud om en koordinator og bruk av individuell plan. Pårørende skal ses som en ressurs og trekkes inn som en samarbeidspartner og/ eller gis nødvendig støtte. Det refereres til at risikoen for tilbakefall kan reduseres ved å inkludere pårørende og bedre fungering og mestring av det sosiale. Det anbefales også å stimulere til bruk av selvhjelpsgrupper. Begreper som empowerment og recovery står sentralt i forhold til hvordan tjenesteytingen skal forstås. Empowerment tar utgangspunkt i at alle mennesker har ressurser og mulighet til å ta kontroll over eget liv. Brukermedvirkning tar utgangspunkt i blant annet empowerment. Det legges også vekt på at tjenestene skal være tilgjengelige, ved for eksempel bruk av ambulante og oppsøkende tjenester (Ibid, s. 16- 35).

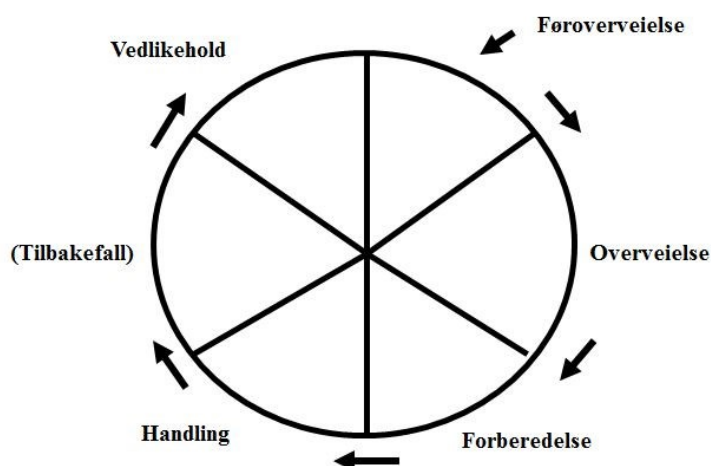
Både i rusomsorgen og innen psykisk helsevern har det vist seg at behandlerens profesjon er av mindre betydning og at det ikke kan påvises at profesjon er knyttet til klientens bedring. Det kan heller ikke påvises en sammenheng knyttet til om klienten er innlagt på døgnet eller har et poliklinisk tilbud eller hvilken metode eller behandlingstilnærming som benyttes. Relasjonen mellom behandleren og klienten blir vektlagt som viktigere og sentral i forhold til om behandlingen skal være hensiktsmessig. Det er klienten som er den betydningsfulle i endringsprosessen. Hvordan klienten opplever relasjonen og samarbeidet med behandleren og hvordan klienten opplever progresjonen i starten av prosessen kan ses på som to suksessfaktorer. Det anbefales å ha fokus på brukermedvirkning i hele prosessen og ha en kontinuerlig evaluering av samarbeidet og opplevelsen av bedring. I stedet for å benytte en «evidensbasert praksis», så anbefales det å vektlegge om behandlingen oppleves som nyttig for klienten (Ulvestad, Henriksen, Tusest & Fjeldstad, 2007, s.16- 17).

Den amerikanske psykologen Miller og den britiske psykologen Rollnick, har utviklet en samtaleform og en samtaleteknikk som de har kalt motiverende intervju («motivational interviewing»). Motiverende intervju bygger på forskning om motivasjon og endring og samtalen er sentrert rundt motivasjonen for endring (Barth & Nasholm, 2007).

Motiverende intervju består av en struktur og ulike lytteteknikker. Samtalen er klientsentrert og tar utgangspunkt i klientens tanker og oppfatninger og skal skje på klientens premisser. Det legges også til grunn et verdigrunnlag for rådgiveren som består av et menneskesyn hvor det legges vekt på at klienten har ressurser og forutsetninger for å ta egne valg (Ibid).

En av modellene som har vært tilknyttet endringsprosessen og koblet til Motiverende intervju er The Stages of Change Model. The Stages of Change- modellen (SOC), går ut på at endringsprosessen skjer i fem stadier, trinn eller faser (Ibid):

- Føroverveielse
- Overveielse
- Beslutning/ forberedelse
- Handling
- Vedlikehold



Fasene i The Stages of Change består av ulike psykologiske utfordringer, og følger etter hverandre i en fast rekkefølge. Det er mulig å gå tilbake eller stoppe opp hvis man ikke er klar for å gå videre. The Stages of Change er ikke en nødvendighet ved bruk av

Motiverende intervju, men kan ofte benyttes som et verktøy og en måte å forstå endringsprosessen på (Ibid).

Prochasas og de Clemente som utviklet ideen om at endringsprosessen skjer i ulike stadier, startet med et utgangspunkt om at de ville kartlegge hvor i prosessen pasienten de jobbet med var. Da kunne de for eksempel avklare hvilke behov pasientene hadde og hvem som passet sammen i behandlingsgruppene. Metoden har blant annet vært tatt i bruk mye innen rusbehandling i senere tid (Fekjær, 2009, s. 247- 249).

Betydningen av mening

Bruner (1999, s. 19- 43), stiller spørsmål om sjelelivet, hvordan vi konstruerer våre meninger og våre virkeligheter og om hvordan sjelelivet formes av historie og kultur. Han har tatt utgangspunkt i sine erfaringer som psykolog og sine samtaler som han referer til at skaper og omskaper psykologien. Bruner viser til at alt ikke kan forklares ved årsaker hvis vi ønsker å oppnå forståelse og at vi ved å gjøre det ekskluderer oss fra å forstå hvordan mennesker fortolker den verden de lever i og hvordan vi fortolker deres fortolkninger av hvordan de handler. Bruner påpeker at det er utfordrende å utforske menneskers sjeleliv og at et av dilemmaene er at en både er subjekt og objekt på samme tid.

Bruner viser til at mennesket må ses på som et unikt individ. Mennesket må ses fra flere perspektiver og det vil ikke være tilstrekkelig å kun ha et psykologisk perspektiv, hvis vi skal se mennesket som både et fenomen av kultur og biologi (Ibid).

Utfordringen er å finne ut av hvordan meninger utvikles. Enkeltindivider benyttet symboler som var forankret i språk og kultur for å konstruere mening. Når symbolene ble benyttet førte det til at vedkommende ble en avspeiling av samfunnet. Psykologien var interessert i hvordan personene tilegnet seg systemene og hvordan de gjorde de til sine egne. Noe av kritikken til subjektivismen har vært differansen mellom hva folk sier og hvordan de faktisk handler og at en kulturell psykologi må være basert på hva de sier at de gjør og hva som fikk dem til å gjøre det. Hva folk sier de gjør er ikke alltid ensbetydende med hva de faktisk gjør (Ibid).

Forholdet mellom hvordan mennesker opplever ulike situasjoner i livet og hvordan de handler gir rom for fortolkning. En kulturell psykologi vil være mer opptatt av handling enn av atferd. Bruner argumenterer for at det er søken etter mening innenfor en kultur som

former oss og at biologien er bindingen. Troen på en ontologi står sterkt. En kultur består av verdier som utgjør en livsstil. Valg er knyttet til kultur og er fellesskapsorientert. Verdiene utgjør en del av en persons identitet og plasserer deg i en kultur (Ibid).

En kulturell psykologi har med fordomsfrihet og er åpen for kunnskap og verdier fra flere ståsted. En demokratisk kultur består av fordomsfrihet og bygger på verdier som består av flere oppfatninger av virkeligheten og ulike livsstiler. Det krever at vi er bevisste på hvordan vi kommer frem til vår kunnskap og hvilke verdier som fører til våre perspektiv og ståsted. Det er sentralt at vi kan gjøre rede for hva vi vet og hvordan vi vet det. Samtidig så påstår ikke en kulturell psykologi at det utelukkende er en måte å konstruere mening på eller kun en måte som er riktig (Ibid).

Psykososial velferd og en psykososial, transdisiplinær tilnærming

Stenner og Taylor (2008, s. 415- 433), fremmer en tanke om at vi har entret en epoke hvor begrepet «psyko» står like sentralt som «sosial» når vi omtaler velferd, og at det er uatskillelige aspekter av samme prosess. De viser til at det har skjedd endringer i samfunnet og synet på velferd og at velferd både skifter form i dagens samfunn og vil endre seg i fremtiden. Synet på velferd er en øyeblikkstilstand som er en del av en prosess, på samme måte som for eksempel kunnskap.

Velferd har tidligere vært tett knyttet til begrepet «sosial» og få ville assosiert velferd med begrepet «psyko». Velferd var statens ansvar og psykologien konsentrerte seg i hovedsak om normal og unormal mental helse (Ibid).

Psykologien har vært opptatt av individuell trivsel, men den har ikke vært opptatt av velferd som et sosialt prosjekt. De så på det psykologiske og atferden uavhengig av den sosiale konteksten og behandlet det separat. Klassisk velferd har derimot alltid inkludert en psykologisk dimensjon ved at saker knyttet til sosial velferd har inkludert den personlige trivselen til innbyggerne. Samtidig som staten også har tilbudt varer og tjenester for å møte menneskers behov. De subjektive sosiale behovene har blitt sikret og forebygget sosial eksklusjon fra samfunnet. Dette har vært sett på som et sosialt medborgerskap og opprettet med en intensjon om å sikre et minimum av livskvalitet for alle, like rettigheter og trivsel (Ibid).

Epoken for den klassiske velferden endte på 1970- tallet. Privatisering, fokus på individuelle ønsker og behov økte og det ble en utvikling av informasjonsteknologi. Under privatiseringsprosessen kommer psykologiske temaer som valg, preferanser og egne interesser og tar over for debatter om fellesskapet. Dette har vært kalt en individualiseringsprosess og inneholdt et skifte fra det sosiale perspektivet til den individuelle selvvalgte livsstilen. Det ble på flere måter forsterket i media. Sikring av velferd ble tematisert som et individuelt ansvar og individuelle valg og lyster stod sentralt (Ibid).

Samtidig får sosialvitere økt interesse for den psykososiale tilnærmingen til velferd. Bakgrunnen for denne tilnærmingen var at en disiplin alene ikke kunne dekke menneskers behov for velferd. Utfordringen ble å utarbeide en måte hvor de ulike disiplinene kunne forenes og bli en del av en helhetlig prosess. Utfordringene ble å tenke psykologisk og sosialt samtidig (Ibid).

Stenner og Taylor gjør rede for tre måter å praktisere ulike disipliner på: en multidisiplinær, en interdisiplinær og en transdisiplinær. Det psykososiale perspektivet kan praktiseres gjennom en transdisiplinær tilnærming (Ibid).

En mulitdisiplinær tilnærming tar et problem og ser det fra ulike disipliners utviklingsposter. Det kan eksempelvis være fra: kjemi, psykologi, fysiologi, kriminologi, sosiologi, antropologi eller historie. Hver disiplin konsentrerer seg om sitt område og satt sammen vil det gi et bredt bilde av problemet. Ved å benytte interdisiplinær tilnærming så overføres metoder fra en disiplin til en annen for å løse et problem. Det er vanskeligere å beskrive den transdisiplinære tilnærmingen. I 1994 ble det beskrevet tre ulike versjoner hvor det ble vektlagt ulike sider. Fellesnevneren var fokuset på avstandene som eksisterer på kryss og tvers i mellom de eksisterende disiplinene (Ibid).

Hvis de ulike tilnærmingene blir benyttet i kombinasjon kan den interdisiplinære tilnærmingen lage en oversikt over linjene mellom disiplinene og den transdisiplinære utarbeide ny kunnskap som vil forandre de eksisterende ved å kombinere temaer og skifte mellom de ulike vitenskapene. En slik kunnskapshybrid vil kunne skape nye komplekse faglige spørsmål eller re fortolke eksisterende teorier. Den psykososiale tilnærmingen vil bringe temaene sammen (Ibid).

Stenner og Taylor konkluderer med at det er viktig for den sosiale politikken at det tenkes parallelt i forhold til det sosiale og det psykologiske. Det er viktig å inkludere de følelsesmessige dimensjonene og erfaringene fra brukere av velferdstjenester og fra de profesjonelle utøverne. Det krever at det jobbes med transdisiplinære ideer som kan komme med innspill til tolkningen av det psykiske og det sosiale knyttet opp mot studiene av velferd (Ibid).

Hertz (2010, s. 75- 93), har skrevet et kapittel med tittelen: «there is a crack in everything, that's how the light gets in». Han tar utgangspunkt i en transdisiplinær vitenskapstradisjon. Sprekkene symboliserer de uante mulighetene som kan ligge i det vanskelige.

Hertz viser til at det ikke er mulig å være en observatør i samspill med andre, objektivitet er en illusjon og konteksten sentral for hva som kan beskrives. Hvilken kontekst fagpersonen velger å forstå og forholde seg til fenomenet på vil påvirke hvordan fenomenet oppleves, beskrives og forstås. I det transdisiplinære perspektivet er en diagnose et utvalgt øyeblikksbilde på et gitt tidspunkt, hvor det som er vanskelig er fremtredende. Hertz påpeker at det er viktig at fagpersonen er bevisst på kontekstens betydning for det vi ser når vi for eksempel skal kartlegge (Ibid).

Hertz beskriver det bio-psyko-sosiale, som en helhet, og ikke noe som bare må ses i sammenheng med hverandre. Han oppgir at en av farene ved det moderne samfunn er at fenomener blir sett separat og med det redusert. Det er en sterk grad av individualisering i dagens samfunn, som fører til at den som opplever vanskeligheter kan bli sittende igjen med en opplevelse av å ikke være god nok og med det utilstrekkelig (Ibid).

Hertz ønsker at individer ikke skal forstås i lys av deres diagnose og med det reduseres til det. Objektivisering fører til en enten eller tankegang og setter individene i ulike kategorier. Han ønsker å sette fokus på mulighetene som oppstår når fenomenene blir sett på som en helhet, på nye og annerledes måter og som igjen kan føre til nye forståelser. Hvis vi som fagpersoner leter i sprekene etter det som ikke henger sammen, med et ønske om å forstå det, kan det føre til nye muligheter (Ibid).

Begrepet psykososial kan forstås og defineres på mange måter. Det psykososiale består av flere perspektiver, hvor det sosiale og psykiske påvirker hverandre gjensidig. Psykososialt

arbeid kan si noe om å møte den andre som noe mer enn sin lidelse, diagnose eller situasjon, og at den som mottar tjenestene er en medpart og får fremme sin forståelse av sin situasjon, livssituasjon og ressurser (Nissen & Skærbæk, 2014, s. 12-13).

For å fremstå som en kompetent fagutøver er samarbeid på tvers av profesjoner, med brukere og andre kolleger med samme profesjon viktig. Kunnskap utvikles sammen med andre i ulike kontekster, systemer og strukturer som er preget av makt og avmakt. Psykososial kompetanse handler om å se at den hjelpesøkende er en del av en større sammenheng. Det handler også om å vedkjenne de felles menneskelige eksistensbetingelsene, men også at ethvert menneske er unikt og må behandles som et subjekt. Den hjelpesøkende må møtes som et menneske som innehar kunnskap og at samarbeidet mellom hjelper og den hjelpesøkende kan føre til ny kunnskap som kan være nyttig for begge parter (Ibid).

Nissen og Skærbæk (2014, s. 16), anbefaler også å se det psykososiale som en transdisiplin. Det kan beskrives ved at det utarbeides ny kunnskap og nye måter å utføre praksis på tvers av fagdisipliner.

Autonomi og evidensbasert praksis

Ekeland (2004, s. 1- 60), viser til at profesjonelle yrkesutøvere tar beslutninger med utgangspunkt i utdanning og kompetanse innenfor ulike områder i samfunnet. Profesjoner innen helse- og sosialsektoren tar for eksempel viktige avgjørelser som får store betydninger for de de omhandler. Deres moral og etikk er sentrert rundt å gi støtte, hjelp, omsorg og behandling til klienter, pasienter og brukere i vanskelige livssituasjoner. Profesjonene blir sett på med et kritisk blikk og det har kommet innspill om at praksisen vil bli bedre hvis det vitenskapelige grunnlaget for handlingene blir bedre, reguleringen av kompetanseområdene tydeligere og handlingene regulert gjennom lovbestemmelser og juss.

Ekeland har undersøkt metoden «evidensbasert praksis» (EBP), som en måte å kvalitetssikre de kliniske beslutningene. Evidensbasert praksis oppstod i medisinen, men har også blitt tatt i bruk innen helse- og sosialfeltet (Ibid).

Målet med evidensbasert praksis var å redusere avstanden mellom forskning og praksis. Tidligere har ekspertkunnskap bygd på erfaring, klinisk teori og medisinsk forskning. Tanken er at klinikere også skal opptre evidensbasert, noe som utfordrer autonomien og den enkeltes mulighet for bruk av skjønn (Ibid).

Det er utviklet flere metoder for kvalitetssikring, dokumentering og innsyn. I tillegg har vi fått lov om pasientrettigheter og helsepersonell, som regulerer arbeidet. Evidensbasert har blitt et begrep som knyttes til kvalitet (Ibid).

Ekeland har i sin analyse tatt utgangspunkt i klinikere som gir behandling, hjelp og omsorg til pasienter og klienter og relasjonen mellom dem. Han skisserer en modell for forholdene som påvirker inn på relasjonen mellom terapeuten og pasienten (Ibid).

Ekeland er kritisk til målet om å lukke avstanden mellom forskning og praksis, og at praksis kun skal bli styrt av forskning. Han viser til at forskning og det å arbeide i en klinikk har ulike mål. En behandler som jobber i en klinikk møter hjelpesøkende som henvender seg på bakgrunn av et problem, en sykdom eller en lidelse. Behandleren må ta utgangspunkt i henvendelsen slik den fremstår og forholde seg til den hjelpesøkende som en person og et medmenneskelig subjekt (Ibid).

Ekeland referer til at behandleren kan forholde seg til problemet som et objekt eller subjekt. I objektiveringen er diagnose og diagnostisering sentralt. For å nå målet som kan være å bli frisk, kartlegges situasjonen eller diagnosen og middelet eller behandlingen velges ut ifra kartleggingen. En diagnose sier ikke så mye om hvordan personen er som et unikt subjekt, men hva personen eventuelt har til felles med andre med samme diagnose. Diagnosen kan også ha andre funksjoner, ved at den for eksempel utløser rettigheter til behandling eller økonomiske trygdeytelser (Ibid).

Ekeland viser også til at mange profesjoner har tatt på seg for mange oppgaver og med det skapt noen forventninger knyttet til en kompetanse de ikke kan stå inne for. Det kan være en av årsakene til mistilliten som har oppstått til det kliniske skjønnet, som i hovedsak knyttes til de profesjonelles kompetanse til objektivering. Det har ført til en reduksjon i klinikerens skjønn og den subjektive faktoren (Ibid).

I subjektivering er det personen som er i fokus og ikke diagnosen. Den syke har egenvilje, tenker, føler og har subjektkraft. Den syke har også verdier og preferanser. Å møte pasienter som et subjekt, er i tråd med både brukermedvirkning og lov om pasientrettigheter (Ibid).

Subjektivering skjer gjennom språket. Kommunikasjonsferdigheter kan opparbeides, men krever at den andre opplever at den blir møtt med respekt og anerkjent som er subjekt. God kommunikasjon krever tillit og Ekeland viser også til at det finnes «evidens» for at en god relasjon er en helseressurs (Ibid).

Ekeland referer til at problemstillingene gjelder for samtlige profesjoner som arbeider med mennesker, men er mer utfordrende når problemet ikke et kroppsobjekt, men selve subjektet, som for eksempel i rusbehandling (Ibid).

Hvorfor handler de profesjonelle som de gjør?

Fra et sosiologperspektiv, kan handlinger være et resultat av normer som er gjeldende i omgivelsene den enkelte oppholder seg i. Når normer og roller er innarbeidet, kan handlingene ofte skje mer automatisk. En rolle er knyttet til noen forestillinger om hvordan du skal handle og hvordan du skal opptre. Vi bruker begrepet rolle om ulike yrkesgrupper, og til de ulike rollene medfører det noen forventninger om uformelle og formelle regler som skal følges. Normene preger forventet atferd og mandat knyttet til rollene uavhengig av personen som er satt til å utføre dem (Repstad, 2014, s. 51- 53).

Goffman benytter teatermodellen i *The Presentation of Everyday life* som ble utgitt i 1959. Han ser samfunnet som bestående av ulike roller og rollespill, selvpresentasjon og inntrykksmanipulering som grunnleggende trekk ved samfunnet, som har innflytelse på vår samhandling og samfunnets form (Goffman, 1992, s. 7-8)

Goffman viser til at vi har ulike atferd avhengig av hvilket område vi er i med utgangspunkt i en bestemt opptreden. Han brukte teatermetaforene foran eller bak kulissene: «front stage» og «back stage». Foran kulissene betegnes som et sted hvor vi opptre med et ønske om å for eksempel gjøre et godt inntrykk, fremhever bestemte sider av oss selv og undertrykke andre (Ibid, s. 92- 98).

Bak kulissene er en arena hvor den som opptrer kan slappe av, gi slipp på fasaden og gå ut av rollen. Her kan de sidene vi eventuelt undertrykker komme frem og hvor vi kan være avslappet på at de vi opptrer for ikke har tilgang (Ibid).

Vi benytter også ulikt språk foran og bak kulissene. Bak kulissene kan språket være mer uformelt og det motsatte foran kulissene. Vi kan tillate oss en annen atferd bak kulissene (Ibid, s. 108).

Foucaults diskursbegrep

Michel Foucault (1926 – 1984), var en fransk filosof som var opptatt av hvordan vi tenker i ulike sammenhenger og hvordan tanke-systemene våre også utgjør et maktsystem. En diskurs kan forklares med hvordan et tema blir framstilt innenfor et gitt sted og tid. En diskurs kan utgjøre og være sammensatt av regler for atferd, etablerte tekster og institusjoner. Meninger blir regulert via ulike diskurser og diskursene omfatter flere utsagn. En diskurs kan være det som gir mening og styrer hvordan vi forstår ulike fenomener (Aadland, 2011, s. 255- 259).

Brukermedvirkning kan ses som en diskurs. Det er et nytt språklig begrep som har blitt etablert i senere tid. Ved at flere kjenner til hva som ligger i «brukermedvirkning», har de også noen tanker om «hvordan brukere er». Beskrivelser av subjekt kommer fra de diskursene vi omgås (Ibid).

Foucaults maktbegrep

Foucault var opptatt av makt. Han undersøkte spørsmål som hva er årsaken til makten, hvor er den og hva består den av (Vågan & Grimen, 2008, s. 411- 413).

Foucault har vært en viktig kilde for mange som har forsket på profesjoner og makt. Profesjoner er en del av samfunnets maktapparat ved at de innehar profesjonell kunnskap som retter seg mot en kontroll ovenfor befolkningen, samtidig som de også selv er underlagt disiplinering og styring (Ibid).

Foucault gjennomførte maktanalyser med utgangspunkt i hvordan makt utøves i ulike situasjoner og relasjoner. Han gjennomførte analysene i ulike institusjoner som: skolen, fengsel og sykehus. Foucault så ikke utelukkende på makt som undertrykkelse, men også

hvilke produktive sider den kan ha. Gjennom de profesjonelles registrering og systematisering av informasjon skapes ny kunnskap og diskurser om individer. Foucaults teori var at makt henger sammen med kunnskap og at det er en forutsetning for å oppnå kunnskap. Eksempelvis må en terapeut for å få kunnskap om hvorfor pasienten er deprimert, få informasjon om vedkommende sitt følelsesliv. Informasjonen gir terapeuten kunnskap om pasienten (Ibid).

RELEVANT FORSKNING

Etter å ha gjort litteratursøk i flere databaser, har jeg valgt å referere til et utvalg av tidligere forskning som jeg anser som relevant i forhold til min undersøkelse. Søkemotorer jeg har benyttet er: Bibsys, Oria, Google scholar, Helsebiblioteket, Idunn og Academic search premier. Aktuelle søkeord har vært: rusbehandling, unge voksne, poliklinisk behandling, motiverende intervju, ungdom og rusmidler, behandling, hjelpere i rusfeltet, effect of motivational interviewing, drug addiction, substance abuse, adolescence og therapy. Jeg har også søkt på statistikk i Statistisk sentralbyrå og European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction. Forskningen omhandler temaer som er nærliggende til deler av mitt datamateriale.

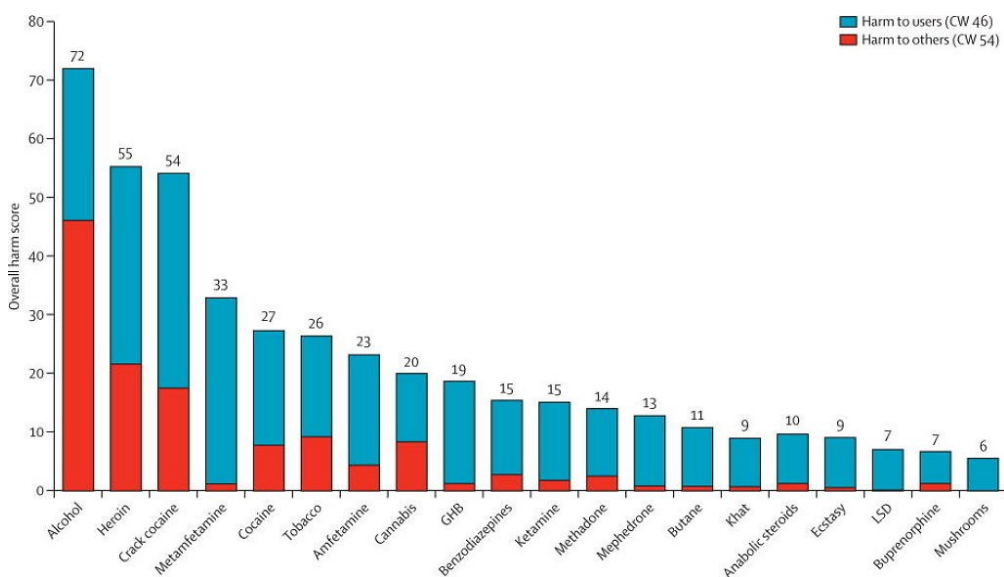
Statistikk på rusmiddelsituasjonen i Norge og Europa

Undersøkelser knyttet til omfang av rusbruk og rusmisbruk i Norge varierer. Alkoholkonsumet for 19- 20 åringer har økt fra 3,8 til 7,6 liter ren alkohol per år fra 1990 og frem til i dag i henhold til statistikk fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRIUS). I følge Statens institutt for rusmiddelforskning har også forbruket av tyngre narkotiske stoffer fordoblet seg i samme periode. Bruk av amfetamin har blant annet gått opp fra 1,2 til 3,2 prosent og injisering gått opp fra 0,3 til 0,6 prosent. Andre undersøkelser viser en reduksjon i bruk av rusmidler generelt blant ungdom de siste årene. Det er en sammenheng mellom misbruk i befolkningen og konsum (Hammer & Hyggen, 2013, s.21-22). Bruk av hasj og alkohol gikk opp i 1990- årene blant ungdom i Norge, men det har vært en reduksjon i forbruket fra rundt 2000 til 2008. Bruk av hasj har redusert mer enn bruk av alkohol (Ibid, s.103).

I Norge i perioden 1993 til 2008, har alkoholomsetningen økt med 48 %. Hovedårsaken skyldes salg av vin, og det har vært en særskilt økning i salg av pappvin. Det fremkommer at ni av ti har drukket alkohol siste året. De yngste (16- 24), konsumerer mest og har høyest beruselsesfrekvens (SIRIUS rapport 6/2013).

Fekjær (2008, s. 86- 88), påpeker at bruk av illegale stoffer er størst blant yngre mennesker, men at det er viktig å påpeke at hovedvekten av ungdommer ikke prøver illegale rusmidler. Av de som prøver så ender de fleste med å eksperimentere og vil ikke bruke rusmidler over tid.

Forskere i Storbritannia, har sammenlignet ulike rusmidler og satt opp en rangering vurdert ut ifra rusmiddelets alvorlighetsgrad, basert på skadevirkningene. De ulike rusmidlene kan ha forskjellige skadevirkninger, både på kort og lang sikt. Det er derfor vanskelig å sammenligne og tabellen er forenklet, men den gir en indikator. Forskerne har vurdert ut ifra tre faktorer: fysiske skadevirkninger for brukeren forårsaket av rusmiddelet, grad av toleranseøking og hvilken effekt bruken har på familier og samfunnet (Nutt, King, Saulsbury & Blakemore, 2007, s. 1047- 1052).



Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) har gitt ut en rapport med utgangspunkt i europeiske og nasjonale data, knyttet til narkotikasituasjonen i Europa. Narkotikasituasjonen er i en kontinuerlig utvikling, ved at det stadig dukker opp nye rusmidler. Ca 25% av den voksne befolkningen i Europa har prøvd et illegalt rusmiddel. Cannabis er det illegale rusmiddelet som hyppigst er registrert, og det er stor variasjon i tallene for hvor mange som har eksperimentert i de ulike landene (EMCDDA, 2014, s. 5- 80).

Det er gjennomført en ESPAD- undersøkelse blant skoleelever i alderen 15- 16 år. Undersøkelsen fra 2011, viser at en firedel av ungdommene har benyttet et illegalt rusmiddel. Cannabis er det rusmiddelet som er mest registrert etter alkohol og tobakk. Majoriteten har kun benyttet cannabis ved noen få anledninger. 2 % oppgir at de har brukt cannabis mer enn ti ganger siste måneden. Gjennomsnittsalderen for førstegangsbruk i Europa er 16 år og gjennomsnittsalder for inntak til behandling er 25 år. I noen land er

ecstasy og amfetamin hyppigere registrert enn i andre. Ca to tredeler av ungdommene oppga å ha drukket minimum en gang siste måned (Ibid).

Hvis vi ser på tallene for hvor mange prosent av den voksne befolkningen (15- 64), som har eksperimentert med cannabis, så er tallene 19,2% for Norge, 30,0% for Storbritannia og 35,6 % for Danmark. Av studenter (15- 16), så er det registrert 5 % i Norge, 24 % i Storbritannia og 18 % i Danmark (Ibid).

BrukerPlan kartleggingen

Helse Stavanger har gitt ut en oversikt over statistikken fra BrukerPlan kartleggingene som ble gjennomført blant 132 kommuner i Norge i 2013. 11 372 registrerte brukere ble kartlagt. BrukerPlan er en kartlegging av rusmiddelbruk i Norge. Den tar utgangspunkt i brukere av kommunale tjenester fagfolkene i tjenestene vurderer at har et rusproblem (Helse Stavanger, 2013).

Det fremkommer av nøkkeltallene at av de registrerte brukerne er 12 % under 25 år. Alkohol er det rusmiddelet som er mest anvendt. 53 % er registret med alkohol som hovedrusmiddel eller et av flere rusmidler som anvendes. Cannabis er registrert med 39 %, opiat er med 17 % og sentralstimulerende med 28 %. 40 % har illegal bruk av legemidler (Ibid, s. 24).

Kartleggingen viser at det er et stort avvik mellom statistikken over hvor mange som har et rusmiddelmisbruk i Norge, og hvor mange fagfolkene i hjelpeapparatet er kjent med. Det er lite informasjon om alkohol og rusmiddelmisbruk blant unge under 20 år. Kartleggingen synliggjør at det er en utfordring for hjelpeapparatet å komme inn på et tidlig tidspunkt for å forebygge eskalerende rusbruk (Norsk rikskringkasting AS, 2014).

Ikke møtt problematikken ved de Sosialmedisinske poliklinikkene

Hansen og Ramsdal (2006, s. 1- 44), analyserte årsaker til hvorfor så mange av brukerne ved de Sosialmedisinske poliklinikkene i Østfold, ikke møtte til avtalt time. Analysen ble gjort i regi av Høgskolen i Østfold etter forespørsel fra Sykehuset Østfold HF.

Det var lite forskning på de sosialmedisinske poliklinikkens arbeid, både i Østfold og ellers i landet. Erfaringene som dannet grunnlaget for analysen var at ca 30 % av de oppsatte

pasientene ikke møter til avtalt tid. Det var noen variasjoner mellom poliklinikkene, men at ca en tredjedel av pasientene ikke møtte var en felles utfordring (Ibid).

I analysen fremkommer det at årsakene til at pasientene ikke møter, ikke kan knyttes til bestemte egenskaper ved pasientgruppen og at det kan være generelle kjennetegn ved hele gruppen. Det kan være vanskelig å følge opp avtaler på grunn av en vanskelig livssituasjon. Pasientene som mottar tjenester fra de sosialmedisinske poliklinikkene, har omfattende og sammensatt behov for hjelp og motivasjonen for behandling kan svinge (Ibid).

Hansen og Ramsdal oppsummerer med at dataene som presenteres viser at det arbeidet ved Sosialmedisinsk poliklinikk bør være en del av et helhetlig tilbud til pasientene. De så også på om det var kjennetegn ved organisering og arbeidsform som var årsak til ikke møtt problematikken. Dataene gir ikke et klart bilde på om de sosialmedisinske poliklinikkene bør endre arbeidsform eller at det er kjennetegn ved organiseringen som fører til fenomenet ikke møtt (Ibid).

De sosialmedisinske poliklinikkene var i gang med å etablere ambulante tjenester, slik at terskelen for å få hjelp blir lavere. Et av forslagene Hansen og Ramsdal, legger frem er at lavterskeltilbud eller ambulante tjenester, for eksempel i samarbeid med kommunene kan redusere antall ikke- møtt. Det blir også foreslått at de har bedre kontakt med henviser. Andre forslag er samarbeid med andre aktuelle hjelpeinstanser, og bruk av ansvarsgrupper og individuell plan. Påminnelser i form av tekstmelding i forkant av avtalen eller eventuelt en telefonsamtale og tilbud om en rask timeavtale etter at de er henvist (Ibid).

Andre faktorer som kan ha innvirkning på den polikliniske behandlingen eller oppfølgingen

Vagle (2011), har skrevet en masteroppgave om: Oppfølging- bare et begrep eller innhold og mening. Hun har gjennomført en kvalitativ studie av ungdom mellom 18 til 25 år som har boligsosial oppfølging. Vagle har intervjuet ungdom om hvordan de har opplevd møtet med hjelpeapparatet og om oppfølgingen har hatt mening og innhold. Hun har også intervjuet noen av prosjektets samarbeidspartnere.

Analysen viser at det er samsvar mellom ungdommenes og samarbeidspartnerenes opplevelse av tjenesten. Hovedfaktoren for om oppfølgingen skal oppleves som nyttig, refereres til oppfølgers personlige engasjement i relasjonen til ungdommen. Oppfølgers funksjon som voksenstøtte for eksempel i møte med andre instanser i hjelpeapparatet var også sentralt.

I sitatene fra ungdommene vektlegges blant annet: praktisk hjelp i forhold til systemet for å avklare rettigheter, støtte, tilgjengelighet ved at de kunne ta kontakt ved behov blant annet via mobil og kontinuitet i form av en oppfølger. I forhold til innholdet i tjenesten vektlegger de engasjement fra oppfølger og er opptatt av hvordan de blir møtt. De er opptatt av et personlig engasjement som beskrives blant annet ved at oppfølgeren ser på de som noe mer enn en jobb. At de blir møtt med respekt og tillit, og at oppfølger lytter og gjør noe med det de sier.

Jevne (2009), har skrevet en masteroppgave om hvilke faktorer som fremmer motivasjon blant behandlere innen rusbehandling. Undersøkelsen viser at en av de viktigste faktorene for behandlerne var å finne mening i arbeidet. Relasjonen til pasienten ble også vektlagt som viktig. Relasjonen ble beskrevet både som nær og distansert. Andre faktorer var tilrettelegging for økt kunnskap, veiledning, forutsigbarhet i arbeidet, støtte fra kollegaer og skjerming av fritid. Anerkjennelse fra leder og inkludering og deltakelse i forhold til beslutninger påvirket også motivasjonen.

Det er også forsket på jenter i alderen 11 – 18 år, og deres liv i en barneverninstitusjon (Fransson, 1996, s. 7- 25). Fransson har intervjuet både de unge jentene og noen av miljøarbeiderne som jobbet ved institusjonen.

Det fremkommer i undersøkelsen at jentene omtaler miljøarbeiderne som «de andre», og ser på seg selv som annerledes enn de. Jentene derimot har et fellesskap som er sentralt i hverdagen og de ser på seg selv som like og omtaler seg selv som «vi». De kategoriserer seg selv og miljøarbeiderne som ulike, som kan ses blant annet ved at de har ulike roller. Jentene er der fordi de trenger hjelp og miljøarbeiderne for å hjelpe. Fransson skisserer tre faktorer som jentene vektlegger og som kan ses som forklaringer på hvorfor de ser på seg selv som annerledes: at de har ulike roller i institusjonen, at de har ulik erfaring og at de har en sosial ulikhet (Ibid).

Jentene legger vekt på at miljøarbeiderne er på jobb, at de få betalt for å være der og at de kanskje «spiller en rolle» når de er på jobb. Å få betalt blir en kontrast til å være genuint interessert. Sitatene viser at jentene skiller på rollen miljøarbeiderne har på jobb og rollen de har privat og at miljøarbeiderne skjerner privatlivet sitt (Ibid).

VITENSKAPSTEORETISK TILNÆRMING OG METODISKE ERFARINGER

Kvalitativ metode

Jeg valgte å benytte en kvalitativ forskningsmetode, da kvantitative data ikke ville gitt meg et bredt og nyansert bilde av informantenes praksiserfaringer knyttet til unge voksne som ruser seg. Mitt datamateriale er innhentet via samtale og kvalitative forskningsintervjuer. Kvalitative forskningsintervjuer er en metode som forsøker å se og forstå omgivelsene ut ifra informantenes perspektiver. Målet er å få frem informantenes opplevelser og erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 21).

Malterud (2011, s.26), referer til at kvalitative metoder tar utgangspunkt i menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). Kvalitativ forskning skaper ikke universelle sannheter, men utvikler kunnskap som kan skape nye spørsmål, hvor forskeren er en aktiv deltaker gjennom hele forskningsprosessen.

Fenomenologi og hermeneutikk

Den vitenskapsteoretiske tilnærmingen i undersøkelsen består av en kombinasjon av en fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologi og hermeneutikk er begge sentrale metoder i kvalitative undersøkelser.

Fenomenologi betyr «det som viser seg». Husserl bruker begrepet jeg-bevissthet. Han referer til at det er vår bevissthet som ser gjenstanden eller fenomenet som den åpenbarer seg for oss. Samtidig har gjenstanden også en eksistens i verden. En av kritikkene til Husserls fenomenologi er at det i så fall kun er den enkeltes opplevelse av verden som er gjeldende (Aadland, 2011, s. 177).

Husserl viser til vår livsverden som helheten av våre tillegg og utfyllinger i vår erkjennelser av verden og at vår livsverden både består av andre mennesker og gjenstander. Han var opptatt av hvordan vi møter andre mennesker og at den andre burde møtes med åpenhet, innlevelse og empati, slik at den andre ikke blir målt med egne fordommer og forutsetninger. Husserl mente med dette at målet burde være å få tak i personens egenart og særegenheter og forsøke å la egne fordommer og forståelse påvirke i så liten grad som mulig (Ibid, s. 178-179)

Vi tolker vår livsverden og det vi opplever har en påvirkning. Det er gjeldende for hvordan vi forholder oss til omverden og kan ligge til grunn for våre valg og handlinger, Vi har utviklet språk og ulike symboler som vi tolker verden ut ifra (Ibid).

Hermeneutikk er vitenskap om fortolkning. Hermeneutikken stammer tilbake til 1600-tallet hvor den oppstod som en metode for hvordan Bibelen skulle forstås og tolkes. Hermeneutikken har siden det blitt videreutviklet og det er flere som har hatt stor innflytelse på utviklingen: Friederich Schleiermacher (1768 – 1834), Wilhelm Dilthy, Martin Heidegger (1889 – 1976), Hans Georg Gadamer (1900 – 2002) og Paul Ricoeur (1913- 2005) (Aadland, 2011, s. 174- 176).

Schleiermacher var opptatt av hva som symboliserte forståelsen og viktigheten av individets forutsetninger for forståelse. Dilthy ønsket å utvikle hermeneutikken som en vitenskapelig metode for «åndsvitenskapen» og utvikle «forståelsens metodologi», som inneholdt elementene: opplevelse, uttrykk og forståelse (Ibid).

Dilthy la grunnlaget for hermeneutikken og hadde en medvirkende årsak til at den moderne hermeneutikken vokste fram. Heidegger og Gadamer gikk dypere inn i drøftingen av forståelse. Edmund Husserls (1859 – 1938) fenomenologi var sentral for Heidegger og Gadamer. Gadamer var opptatt av dialogen og hvordan dialog skjer gjennom samtale, men også gjennom å lese tekst, forståelsen av et kunstverk eller gjennom andre uttrykk. Han anså dialogen som grunnformen i den menneskelige eksistensen. Ricoeur utviklet en teori om reglene som styrer utlegningen av en tekst. Han fokuserte på hvordan man kan forstå og tolke en tekst eller et annet menneske (Ibid).

Forforståelse og den hermeneutiske spiral

Forforståelsen består av de forutsetningene vi har med oss når vi for eksempel møter et annet menneske eller skal lese en tekst. Vi har med oss noen holdninger og meninger som vi har dannet oss på forhånd, som kan bestå av: språk, begreper, teorier, trosforestillinger eller erfaring (Aadland, 2011, s. 181- 186).

Ifølge Nilssen (2012, s.137), vil forskerens bakgrunn og forforståelse alltid prege kvalitative studier. Nilssen referer til Widerberg, som sier noe om at forskning dreier seg om en balansegang mellom nærhet og styrke.

Nilssen (2012, s. 31), viser til at forskeren blir påvirket av det han eller hun forsker på, i likhet med at fenomenet det forskes på også blir påvirket av forskeren. Nilssen omtaler tre former for refleksivitet: hvilken innvirkning forskerens tilstedeværelse har på settingen og informanten, hvilket forhold forskeren har til informanten og hvilken forforståelse forskeren har.

Den hermeneutiske spiralen gir et bilde på menneskelig meningsutvikling, opplevelse, fortolkning og verdiorientering. Vi veksler hele tiden mellom forforståelse og fortolkning, teori og praksis, refleksjon og opplevelse (Adland, 2011, s.190).

Den hermeneutiske spiralen kan også benyttes som en forståelse av hvordan man skal tolke en tekst. Helheten forstås ut ifra delene og delene forstås ut ifra helheten (Ibid, s. 192).

Da jeg startet arbeidet med masteroppgaven og skulle i gang med undersøkelsen, hadde jeg en forforståelse som bestod av min praksiserfaring fra mitt arbeid som ruskonsulent og teorier jeg hadde blitt kjent med blant annet gjennom grunnutdanning og videreutdanning. Jeg hadde noen tanker om temaet basert på min forforståelse. Jeg startet med et forskningsspørsmål som underveis i arbeidet blant annet gjennom datainnsamlingen, har ført til at det har dukket opp nye spørsmål. Jeg har benyttet den hermeneutiske spiralen som utgangspunkt når jeg har gjennomført undersøkelsen. Det har hele tiden dukket opp nye spørsmål og blitt avdekket nye sider som har bidratt til hvordan jeg har forstått helheten.

Refleksjon over egen rolle som forsker

Jeg har forsøkt å være bevisst på egen rolle. Hva har den gjort meg i stand til å se og eventuelt hindret meg i å se? Det var viktig for meg å spesifisere bakgrunnen for undersøkelsen ovenfor informantene, i tillegg til min rolle som forsker og student. Jeg prøvde å ikke legge føringer ovenfor deltakerne i forhold til informasjonen jeg ønsket å samle inn og ga derfor få opplysninger om mine tanker om temaet. Jeg prøvde å være bevisst på å ikke stille ledende spørsmål, noe jeg erfarte var utfordrende i det første intervjuet jeg gjennomførte.

Hans Skjervheim var en norsk filosof som hevdet at forskeren både er en deltaker og tilskuer når forskeren forsker på mennesker. Forskeren tar med seg sin forståelse,

forventninger og fordommer inn i møte med den andre. Hvordan samtalen gjennomføres, vil ha en innvirkning på hvordan den andre både opplever omstendighetene og hvilke svar han/hun gir. Det vil igjen påvirke hva forskeren ser og legger merke til hos den andre (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010, s. 77)

Det har vært en overgang å gå fra å være vant til å ha rollen som en profesjonell yrkesutøver til å inneha rollen som forsker. Det har vært uvant og ikke skulle være aktivt med i samtalen under intervjuene og respondere på det informantene sier. Jeg utdyper mine erfaringer ytterligere under avsnittet om gjennomføring av intervjuene.

Datainnsamling

Rekruttering av informanter

Jeg jobber som tidligere nevnt i en kommunal rus og psykisk helsetjeneste og jeg har hatt flere drøftinger både med meg selv og veileder, før jeg tok et standpunkt til om jeg skulle rekruttere informanter fra avdelingen hvor jeg jobber. Dette da det fører til en dobbeltrolle, hvor man innehar rollen som forsker og kollega.

Jeg hadde en samtale med virksomhetsleder og fikk samtykke til å sende ut en forespørsel internt i virksomheten. Jeg valgte å sende ut en forespørsel til de som jobber i ungdomsteamet i avdelingen. Ungdomsteamet har byttet navn etter datainnsamlingen ble gjennomført, men jeg har valgt å benytte ungdomsteamet i henhold til intervjuene.

Jacobsen (2010, s. 21-23) skisserer at det også kan være noen fordeler ved å forske på egen arbeidsplass. Forskeren kan bli møtt med større tillit og tilgangen til informasjonen vil være bedre. Forskeren vil være kjent med interne strukturer og det kan gjøre det lettere å skille ut hvem og hvor man skal henvende seg for å få fram informasjonen som er ønskelig.

Å være en del av organisasjonen man forsker på kan også by på noen utfordringer ved at man kan unngå å fange opp ting en fra utsiden kanskje ville fanget opp. En annen utfordring kan være at vi har noen tanker om hvordan ting er på forhånd som gjør at vi noterer oss det vi hadde tenkt at vi ville se før vi startet undersøkelsen. Vi har også oftere meninger knyttet til temaet som det forskes på basert på egne erfaringer og det kan være problematisk å forholde seg kritisk (Ibid).

Jeg har gjort meg flere erfaringer ved å forske i egen kontekst. Jeg opplevde ikke at dette ble for nært, da jeg selv er en del av den øvrige avdelingen som jobber fra 25 år og oppover og ikke er en del av ungdomsteamet. Min erfaring var at det var lettere å sile ut aktuelle informanter som jeg visste hadde kunnskap og praksiserfaringer fra poliklinisk arbeid med unge voksne som ruser seg. Det har også vært en fordel ved at jeg har hatt noe forkunnskap knyttet til tjenestetilbudet som har vært fordelaktig ved gjennomføringen av intervjuene. Det samme gjelder rekruttering av informanter fra Sosialmedisinsk poliklinikk, som er en sentral samarbeidspartner.

Hovedkriteriet jeg hadde til rekrutteringen av informanter var at de hadde erfaring fra å møte og å jobbe med prosjektets målgruppe: unge voksne som ruser seg i alderen 18-23 år. Jeg avklarte med avdelingsleder ved hver arbeidsplass at forespørselen kunne sendes ut. Avdelingslederen ved Sosialmedisinsk poliklinikk videreformidlet forespørselen ved ett tilfelle, i tillegg til at jeg henvendte meg selv til en av de ansatte på egen hånd etter tips fra en av de andre informantene. I avdelingen hvor jeg jobber valgte jeg å sende forespørselen til de som jobbet i ungdomsteamet og som hadde erfaring fra å jobbe med rusproblematikk.

Presentasjon av utvalget

Utvalget består av fem deltakere. Informantene representerer ulike yrkesutdanninger: barnevernspedagog, sosionom og hjelpepleier. Flertallet av informantene hadde høyskoleutdanning. Felles for alle var at de hadde en helse og sosialfaglig utdanning, videreutdanning og flere års praksiserfaring. Flertallet hadde hovedvekt av praksiserfaring fra rusfeltet. Begge kjønn var representert i utvalget, men majoriteten var kvinner.

Jeg ønsket innledningsvis å intervju syv informanter, men valgte å begrense antallet til fem på grunn av varigheten av intervjuene og omfanget av data jeg fikk inn. Jeg satt opp intervjuene fortløpende etter hvert som jeg fikk henvendelser. Når jeg hadde gjennomført tre intervjuer så jeg at jeg fikk inn store mengder data. Jeg valgte derfor å avgrense antallet og konsentrere meg om fem informanter. Jeg rekrutterte to informanter fra Sosialmedisinsk poliklinikk og tre fra rustjenesten.

Halv strukturert intervju

Bakgrunnen for at jeg valgte å benytte intervju som metode var at jeg ønsket at informantene skulle få beskrive sine erfaringer med egne ord. I min undersøkelse har jeg

valgt å gjennomføre et halvstrukturert intervju, fordi jeg ønsket å tilrettelegge for at informantene skulle få mulighet til å få komme til orde og få frem sine synspunkt knyttet til temaet.

Jeg valgte å utarbeide en intervjuguide i forkant av intervjuene (Vedlegg 4). Intervjuguiden inneholdt ingen svaralternativer, men åpne spørsmål knyttet til de ulike temaene. Jeg valgte å dele inn intervjuguiden i flere ulike emner som jeg anså som relevante i forhold til problemstillingen. I tillegg satt jeg opp forslag til oppfølgingsspørsmål. Jeg spurte om informantenes opplevelser, eksempler/fortellinger fra praksis, hvordan de handler og deres forståelse av relevante begreper. Guiden skulle være et hjelpemiddel og målet var å ha en samtale knyttet til temaet unge voksne som ruser seg.

Intervjuguiden inneholdt følgende hovedtemaer:

- Tjenestetilbud
- Organisering
- Brukergruppe
- Behov
- Tilnærming og kompetanse
- Behandling
- Samarbeid
- Suksessfaktorer

Jeg valgte å gjennomføre et prøveintervju med en kollega i forkant av intervjuene med informantene. Prøveintervjuet gav meg en mulighet til å få en erfaring med å bruke intervjuguiden, både i forhold til spørsmålsformulering, estimert tidsbruk og egen rolle som forsker og intervjuer.

Jeg valgte å ha en omfattende intervjuguide, med flere hovedtemaer. Det har ført til at jeg har fått inn store mengder med data. Jeg har vært nødt til å velge noen av temaene bort på grunn av oppgavens omfang, selv om jeg vurderer at alle temaene er relevante i forhold til oppgavens hovedtema. Områdene jeg har valgt å fokusere på fra intervjuguiden er:

brukergruppe, behov, tilnærming og kompetanse, behandling, samarbeid og suksessfaktorer.

Gjennomføring av intervjuene

Alle informantene fikk bestemme tid og sted for når og hvor intervjuene skulle gjennomføres. Jeg gav et estimat om at intervjuet ville vare ca en og en halv time. Alle informantene ønsket å bli intervjuet på egen arbeidsplass og det ble gjennomført i deres arbeidstid. Intervjuene ble gjennomført i tidsperioden 17.12.13- 03.03.14.

Alle informantene samtykket til bruk av båndopptaker. I tillegg til å benytte båndopptaker, skrev jeg egne stikkord underveis i intervjuene.

Graden av struktur var ulik. Noen pratet fritt og hadde mye de ønsket å formidle, andre hadde behov for mer struktur, men jeg opplevde at alle var engasjerte i forhold til temaet. Intervjuguiden fungerte som en mal og det var glidende overganger mellom temaene. Informantene kom ofte inn på det jeg hadde planlagt som neste tema på egen hånd og det var god flyt i samtalene

Jeg gjorde meg noen erfaringer under og etter det første intervjuet jeg gjennomførte. Jeg har daglige samtaler med brukere knyttet til ulike temaer. Det er stort sett jeg som styrer samtalene og de kan være preget av samtaleverktøy og teknikker, som for eksempel motiverende intervju. Jeg opplevde det som utfordrende å skille på den terapeutiske samtalen og forskningssamtalen. Jeg merket underveis at jeg kom med egne refleksjoner til det som ble sagt og at jeg oppsummerte mye underveis. Dette gjorde at noe av fokuset mitt ble liggende på å tenke på hvordan jeg skulle oppsummere og det var vanskelig å unngå å bruke egne ord i oppsummeringen. Jeg merket også at noen av spørsmålsformuleringene var kronglete og upresise og at jeg brukte mange ord når jeg skulle forklare noe, for eksempel hvis spørsmålet var utydelig.

Jeg var bevisst på dette når jeg skulle gjennomføre de neste intervjuene. Det har vært en læringsprosess og jeg opplevde at det var nyttig å starte med transkriberingen av ett intervju før jeg gjennomførte neste. Erfaringene har gjort at jeg har blitt mer bevisst på hvordan jeg formulerer spørsmål og hvordan jeg responderer på det som blir sagt. Jeg tok

også med meg eventuelle tilbakemeldinger jeg fikk av informantene i etterkant av intervjuene.

Forskningsintervjuene varte fra 1 time og 5 minutter til 2 timer og 30 minutter. Gjennomsnittstiden for alle intervjuene var på 1 time og 50 minutter, og jeg har transkribert 9 timer og 10 minutter med lydopptak.

Transkribering- fra tale til tekst

Jeg har valgt å følge anbefalingen som fremkommer i flere metodebøker om at hele intervjuene bør skrives ut. Jacobsen (2005, s.189), viser til at det kan gjøre arbeidet med analysen lettere, i tillegg til at det åpner for at andre kan kontrollere rådataene for å vurdere tolkningene som er gjort. En slik transkribering vil inneholde spørsmålene som har blitt stilt, hva som har blitt sagt av intervjuer og den som blir intervjuet og andre beskrivelser av intervjuet.

Analytisk fremgangsmåte

For å få en oversikt over datamaterialet har jeg valgt å benytte en temasentrert analyse med hovedfokus på informantenes forståelse av arbeid med unge voksne som ruser seg. For å få frem deres beskrivelser og utsagn har jeg valgt å gjengi flere sitater og utsagn fra informantene. Jeg har ved noen sitater fjernet småord og endret de fra dialekt til bokmål for å verne om anonymiteten til informantene. Jeg har også redigert noen av avsnittene ved å trekke ut deler og omformulert de fra muntlig form til skriftform, slik at det skal bli vanskeligere å gjenkjenne informantene da flere har en særegen måte å snakke på. En svakhet ved dette kan være at sitatene blir tatt ut av den sammenhengen de oppstod i.

Jeg har lest igjennom intervjuene flere ganger og valgt ut ulike temaer jeg ønsker å belyse nærmere og systematisert disse gjennom ulike kategorier. Under hvert hovedtema har jeg valgt ut relevante underkategorier og samlet informasjon fra alle informantene knyttet til hvert tema og hver kategori. Jeg har også hentet ut sitater jeg har vurdert som sentrale for å belyse teamet.

Målet med analysen har vært å sette datamaterialet fra informantene inn i ulike sammenhenger som er relevante knyttet til temaet og se datamaterialet med nye øyne.

Etiske overveielser

Prosjektet er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (Vedlegg 1). Jeg sendte ut skriftlig informasjon med forespørsel om deltakelse i prosjektet i form av et forskningsintervju (Vedlegg 2). I forespørselen fremkom det informasjon om bakgrunnen for prosjektet, undersøkelsens hensikt og hvilke hovedtemaer som ville inngå i intervjuet. Deltakerne fikk også informasjon muntlig når de henvendte seg for å melde interesse, i tillegg til at de skrev under på et samtykkeskjema hvor det fremkom at de hadde anledning til å trekke seg fra prosjektet gjennom hele prosjektperioden (Vedlegg 3).

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd. Jeg har oppbevart båndopptaker og transkripsjoner nedlåst i en skuff og vil slette lydfilene og makulere transkripsjonene når oppgaven er ferdig.

Jeg har forsøkt å la informantene snakke fritt eller reservere seg fra eventuelle spørsmål de ikke hadde lyst til å svare på. Jeg har reflektert rundt om temaene i intervjuguiden kan oppleves som sensitive og ikke presset på hvis jeg har fått følelse av at informanten ikke har ønsket å snakke mer om et spesifikt emne eller unngår å svare på et konkret spørsmål.

I presentasjonen av funnene har jeg forsøkt å sikre informantenes konfidensialitet. Jeg har også forsøkt å gjengi sitatene ord for ord, men valgt å redigere fra talespråk til skriftspråk og fjernet eventuelle dialekter eller småord som Mmm, ehh, osv. Repstad (2007, s.151), uttrykker at man bør være varsom med dialektbruk i sitater. Han anbefaler å bruke en skriftform, blant annet for å unngå at informantene kan bli oppfattet feil.

Jeg har reflektert rundt om jeg i stor nok grad har fått sikret informantenes konfidensialitet, da det er få personer som jobber spesifikt med unge voksne som ruser seg, både ved Sosialmedisinsk poliklinikk og i det kommunale ungdomsteamet. Jeg har forsøkt å ta hensyn til dette i måten funnene er presentert. Det er vanskelig å unngå å skille på enkelte uttalelser som er knyttet til for eksempel cannabisavvenningskursene, da både stillingen og arbeidsområdet skiller seg fra de øvrige informantenes.

Jeg har konkludert med at datamaterialet ikke omhandler sensitive opplysninger, og at dersom noen skulle gjenkjenne noen av informantene så går uttalelsene på faglige spørsmål knyttet til deres arbeidspraksis og er i stor grad en beskrivelse av hvordan de

jobber. Dette kunne vært informasjon informantene for eksempel også kunne referert til i et foredrag eller på en konferanse.

Reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet kan også omtales som pålitelighet eller gyldighet. Reliabilitet kan forstås som om forskningsresultatene er troverdige. Eksempler som blir trukket frem er om en annen forsker ville kommet frem til de samme resultatene og om denne forskeren ville fått de samme svarene fra informantene. Validitet kan forstås som sannhet, og om metoden vi benytter undersøker det som var utgangspunktet for undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250- 253).

Nilssen (2012, s. 141- 144), referer til at en kvalitativ studie ikke vil kunne gjennomføres på samme måte to ganger. Funnene vil alltid knyttes til konteksten undersøkelsen fant sted. Når vi forsker på mennesker, så vil menneskene forandre og utvikle seg. De kan også respondere forskjellig på ulike mennesker.

Jeg har forsøkt å reflektere rundt min egen rolle og hvordan min rolle kan ha påvirket informantene. Det har vært av særlig stor betydning i forhold til at jeg har intervjuet ruskonsulenter fra egen arbeidsplass. Jeg har reflektert rundt om min posisjon kan ha påvirket svarene som jeg har fått under intervjuene. Jeg har også forsøkt å beskrive fremgangsmåten og metodene jeg har benyttet underveis i undersøkelsen.

I henhold til en hermeneutisk fremgangsmåte, har det vært ønskelig å få frem informantenes «stemmer». Det som fremkommer i analysen er ikke nødvendigvis den «sanne» historien om behandlernes og ruskonsulentenes praksiserfaringer. Det er preget av min fortolkning, min teoretiske forståelse, min bakgrunn og erfaring. Det er ikke sikkert informantene vil fortolke seg selv og det de har sagt på samme måte. Jeg har forsøkt å beskrive min rolle i møtet med informantene, datamaterialet og de teoretiske perspektivene og med det hvilken forforståelse jeg har hatt ved oppstart av prosjektet.

Jeg kan ikke tilby sanne eller nøytrale funn. Jeg håper at undersøkelsen kan bidra til å sette i gang en refleksjon knyttet til profesjonalitet, det profesjonelle rommet behandlere og ruskonsulenter er satt til å utøve og unge voksne som ruser seg. Jeg håper også at resultatene kan føre til videre diskusjon.

OVERRASKENDE RESULTATER

Jeg har underveis i arbeidet med masteroppgaven reflektert rundt resultater som har overrasket meg. Jeg har valgt å trekke frem et utvalg av resultatene som jeg ikke hadde forventet på forhånd.

Et av resultatene jeg opplevde som overraskende var at spesialisthelsetjenesten stilte spørsmål ved om poliklinisk behandling var virksomt for denne gruppen. En av nøkkelinformantene begrunnet det med at flere ganger enn de ønsket ikke erfarte å komme i mål med behandlingen, ved for eksempel at de unge voksne uteble.

Et annet resultat som også var uventet var tilbakemeldingene en av informantene hadde fått fra andre tilsvarende tjenester i landet, vedrørende erfaringer fra ambulerende tjenester for unge voksne. Tilbakemeldingene strider mot nye anbefalinger om oppsøkende og ambulerende tjenester for de som har utfordringer med å møte til avtaler. Erfaringene som hadde blitt meldt tilbake var at ambulerende tjenester ikke var mer virksomt enn å gjennomføre samtalene på kontoret.

Det var også vanskeligere å finne ordene som beskriver hva man faktisk gjør enn hva jeg forventet. I noen tilfeller blir det vagt eller uklart og det kommer frem at det er vanskelig å begrunne faglig hva man gjør. Det er få konkrete prosedyrer på hvordan en behandler eller ruskonsulent skal opptre og det blir på mange måter individuelt ut ifra den profesjonelle sin vurdering. Samtidig så tror jeg også at det er vanskelig å anerkjenne egen arbeidspraksis og trekke frem hva man er gode på og hvorfor.

Jeg har også blitt overrasket over hvor bredt og helhetlig behandlerne ved Sosialmedisinsk poliklinikk jobber. Begge behandlerne beskriver en arbeidspraksis hvor de integrerer flere elementer enn det som utløser rettighetene til behandlingen.

DATAANALYSE

PRESENTASJON AV RESULTATENE

Jeg har valgt å dele opp analysen og presentere resultatene i tre hovedtemaer. Temaene belyser de praksiserfaringene behandlere og ruskonsulenter har fra arbeid med unge voksne som ruser seg. Det første temaet er knyttet til de unge voksne som ruser seg og deres behov. Det andre temaet omhandler de profesjonelles forståelse av egen rolle i møtet med de unge voksne, og hva de vektlegger som viktig kunnskap og kompetanse. Det tredje temaet er knyttet til arbeidsmetoder og tilnærming. Når resultatene er presentert, vil jeg drøfte resultatene med utgangspunkt i undersøkelsens problemstilling og forskningsspørsmål.

I analysen bruker jeg begrepet unge voksne om de som søker hjelp på grunn av problematisk bruk av rusmidler. Det er informantenes oppfatninger av egen arbeidssituasjon og de unge voksne som har vært utgangspunktet for drøftingen. Det tas ikke stilling til de unges diagnoser eller problemomfang, da dette ikke har vært hensikten med undersøkelsen.

De unge voksne som ruser seg

Innledningsvis ønsker jeg å gi et bilde av hvordan informantene beskriver de unge voksne som mottar tjenester/oppfølging fra dem. Informantene ble spurt om de kunne fortelle om en typisk bruker som mottok tjenester fra dem og om de kunne beskrive noen typiske kjennetegn ved brukergruppen. De fikk ikke skissert noen kategorier, men fikk utdype ut ifra deres erfaring fra de unge voksne som de hadde eller har hatt kontakt med gjennom sin nåværende stilling.

Informantene presenterer at det er vanskelig å beskrive en bestemt type bruker, men alle beskriver noen kjennetegn ved de unge voksne som ruser seg som de er i kontakt med. Alle oppgir at de unge voksne har erfaring fra flere typer rusmidler. En av informantene jobber med unge voksne som bruker cannabis som hoved rusmiddel ved henvendelsestidspunktet. Av de øvrige informantene nevner flertallet bruk av sentralstimulerende midler, cannabis og benzodiazepiner, og at de ofte benyttes i kombinasjon. En av informantene jobber mye i forhold til unge voksne som benytter opiater og er inkludert eller skal vurderes i forhold til

inkludering i legemiddelassistert rehabilitering¹. Informantene oppgir at de unge voksne ofte har flere års erfaring fra rus og at de har en tidlig debut.

Det er få henvendelser på grunn av problematisk bruk av alkohol. To av informantene nevner ikke alkohol. En av ruskonsulentene sier at hennes inntrykk er at det blir brukt mindre alkohol i de periodene de unge voksne ruser seg på andre rusmidler, men at det kan komme opp igjen hos noen når de ruser seg mindre på andre ting. De andre rusmidlene tar overhånd og det blir mindre fokus på alkoholen. En av behandlerne forteller at behandleren kun har møtt en ung alkoholiker ved poliklinikken. Behandleren sier at den unge gutten ble henvist til døgnbehandling på grunn av alkoholbruk, men at han er den eneste behandleren kjenner til i den aldersgruppen. Behandleren påpeker at det er få som sliter med alkoholrelaterte skader i den alderen og at det kan være et element i problemprofilen, men at det tar tid før de unge voksne kjenner på de biologiske problemene knyttet til bruk av alkohol. Det kommer frem at den andre behandleren ikke følger opp de unge voksne som ikke har så alvorlig rusmisbruk. Alkohol og hasj blir nevnt i denne sammenhengen. Samtidig tror også behandleren at det er flere unge voksne som ruser seg, som ikke kommer i kontakt med poliklinikken, men som burde hatt oppfølging. Behandleren tenker at det er flere som sliter med alkohol, sentralstimulerende eller hasj, enn de som blir henvist til Sosialmedisinsk poliklinikk.

Flere typiske trekk som kommer frem er at de unge har falt ut i fra skole, har vanskeligheter med å skaffe seg arbeid, bor for seg selv, er uten bolig eller har behov for egen bolig, en vanskelig psykisk helse og ulik grad av erfaring fra hjelpeapparatet fra tidligere.

Flere av informantene skiller mellom ulike grupper eller type brukere ut ifra problematikk og omfang av bruk av rusmidler: eksempelvis de som vurderes i forhold til poliklinisk behandling eller de som vurderes i forhold til døgnbehandling, de som er inkludert i legemiddelassistert rehabilitering, de som får tilbud om cannabisavvenning, de som er i aktiv rus eller de som er eller har gjennomført behandling,

¹ Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), er substitusjonsbehandling for mennesker med en opiatavhengighet. Behandlingen består både av medisiner og av rehabiliterende tiltak.

En av informantene beskriver at de unge voksne har en grunnleggende driv for å gjøre noe med situasjonen og at en av oppgavene er å finne driven og styrke den. De er ikke klare, men prosessen er i gang. Informanten sier også noe om at driven kan komme av at andre er bekymret, men at de unge ofte har et selvstendig ønske og at de er positive til livet og fremtiden:

«De får en rusatferd som er ikke- akseptabel og får mye negativ feedback, men inne i der er det unge voksne som stort sett ønsker å leve et normalt liv. De har drømmer og ambisjoner».

Informantene sa mye om hvordan de erfarte å jobbe med unge voksne som ruser seg. Informantene beskriver blant annet at noen av utfordringene kan være at de ikke har et klart og gjennomtenkt ønske om hjelp når de kommer og at mange har utfordringer på flere områder samtidig. De unge har en kortere ruskarriere enn de eldre. En av ruskonsulentene påpekte at hun syntes at de unge uteble mer fra avtaler. En annen at valgene eller krisene kunne oppleves som mer dramatiske enn for de eldre som kanskje har håndtert noen kriser tidligere.

Samtidig som informantene formidler noen utfordringer knyttet til å jobbe med unge voksne, forteller de også om noen muligheter som de tenker er unike for denne aldersgruppen.

«Jeg tenker at de brukerne vi har nå har så mange flere muligheter. De har fortsatt muligheter til skole, de har kanskje et nettverk utenfor rusen som de kan ta opp igjen og mye mer støtte hos foreldre».

Behov

Informantene beskriver de unge voksne sine behov som sammensatte og komplekse og at det er mange forhold det kunne vært fornuftig å jobbet med samtidig. Både behandlerne og ruskonsulentene trekker frem flere behov enn behovet for å jobbe i forhold til rusproblematikken og den psykiske helsen, som er utgangspunktet for henvendelsen. En av behandlerne påpeker at flere av de unge voksne mangler en plattform å stå på, på vei inn i voksenlivet og at behandleren skulle ønske at de hadde muligheter til å benytte flere tjenester.

Behov som behandlerne nevner utover å jobbe i forhold til rusproblematikken er: bolig, identitetsutvikling, økonomi og nettverk. En av behandlerne som jobber en del knyttet til legemiddelassistert rehabilitering, sier at noen av de unge voksne behandleren møter har et stort medisinfokus. De ønsker hjelp i form av medisiner for å dempe trykket og ta bort det vonde, og at det kan være smertefullt å gå igjennom endringsprosesser. Behandleren forteller videre:

«Det kan være alt fra praktiske ting til bolig, økonomi til psykososiale ting som venner, familie og nettverk til det med rusen. Det blir i starten da å prøve å kartlegge det og sortere litt i problemer, se hva vi kan hjelpe til med der. Så har vi en prioritering på hva vi kan ta fatt i først».

Ruskonsulentene nevner behov som: arbeid i forhold til identitet og følelsesliv, nettverk og relasjoner, praktiske ting og diverse søknader til NAV, skole, økonomi, arbeid og aktivitet eller komme dit at de er klare for å gjøre noe med problemene sine. Behovene som nevnes hyppigst er behovet for bistand i forhold til økonomi, skole eller aktivitet. Behovene som synliggjøres er en kombinasjon av temaer som blir møtt gjennom samtale og i dialog med de unge voksne og behov som er mer praktisk rettet som for eksempel å være med på NAV eller fylle ut søknader. En av ruskonsulentene vektlegger at en av erfaringene fra praksis er at de unge voksne ofte har behov for å rydde i følelseslivet og å jobbe i forhold til egen identitet.

Andre behov som ruskonsulentene vektlegger er behovet for å jobbe med eget nettverk. En av ruskonsulentene påpeker at de unge kan ha behov for forsoning med omgivelsene, og at det ofte kan være pårørende. Noen av de unge voksne har brutte eller slitte relasjoner som de kan slite med.

En av ruskonsulentene forteller at det er noen som har et stort behov for å bli sett. I noen tilfeller kan de ha behov for å snakke om andre temaer enn rus, men at det er ikke representativt for de fleste. I slike tilfeller kan det være viktig å gi de unge voksne en mulighet til å diskutere fremtid eller hverdagslige temaer.

De profesjonelles forståelse av egen rolle

Informantene ble spurt om å beskrive sin rolle ovenfor de unge voksne og hvordan de så på seg selv i møtet med de unge voksne. Det var flere beskrivelser av hvordan de så på seg selv og sin rolle: som en samarbeidspartner, en voksen, en samtalepartner, en veileder, en som hjelper til med praktiske ting når det er behov for det eller en som skal ivareta lovverket. De kan ha flere roller samtidig og den ene informanten påpeker at rollen også kan veksle litt avhengig av hvem den unge er:

«Det er ikke noe fast. Det kommer litt an på hvem den unge voksne er og dem er jo forskjellig. Så der blir vel innfallsvinkelen litt ulik, men jeg prøver å være bevisst på å ikke være for mamma-aktig».

En annen informant beskriver sin rolle som en curlingsassistent:

«Jeg tenker at jeg på en måte skal være en curlingassistent. Prøve på det i overført betydning: og legge til rette for at den unge skal kunne gå den veien de ønsker. Men det må være et samspill og jeg ser på oss da som to partnere i et prosjekt hvor vi må samarbeide og det er veldig ofte utgangspunktet».

En av ruskonsulentene presiserer at det er viktig å være bevisst på egne holdninger og hvilken forståelse man har av de unge voksne:

«Jeg tror at nøkkelen ligger i måten du tenker om den unge som ruser seg, fordi det vil på en måte piple igjennom i alt du gjør».

Ruskonsulenten påpeker at hvordan du tenker om den unge påvirker muligheten for å lykkes i arbeidet. Hun viser til at en fallgrube for eksempel kan være hvis du har negative tanker om den unge og at det er viktig å ha respekt, være ydmyk, gjestfri og hyggelig.

I den sammenhengen nevnes også viktigheten av å fremstå som genuint interessert til tross for at det er en jobb, og at de unge voksne vil merke det hvis oppfølgingen og engasjementet ikke er ekte:

«Den jevnlige kontakten og den litt sånn smertedependende oppfølgingen som er (Pause), å bry seg, som ungdommen sier på en ekte måte, selv om vi får lønn».

En av behandlerne tar opp kompleksiteten ved å inneha flere roller. Behandleren har en lang yrkeserfaring fra å benytte sosialfaglige tilnærminger og ved det beskriver at det gir mulighet for å være mer fleksibel og ubyråkratisk. Arbeidet på poliklinikken er mer regulert:

«Min rolle her på poliklinikken er nok: jeg må ivareta lovkravet om arbeid i spesialisthelsetjenesten sånn som det er regulert i helselovgivningen. De byråkratiske rammene er jo her. Blant annet i forhold til å vurdere pasientrettigheter».

Behandleren forteller også at en annen del av behandlerens rolle i forhold til de unge voksne er å inngi tillit og trygghet og en tanke om at poliklinikken kan bidra med noe de har bruk for. At på poliklinikken har vi en mulighet for å hjelpe deg. Et mål beskrives å være at den unge voksne skal kjenne igjen og forstå at de kommer til spesialisthelsetjenesten når de kommer til poliklinikken. Behandleren forteller videre;

«Det skal prege min rolle. Jeg skal være mer behandler enn en miljøarbeider. Men en god behandler for denne gruppen vil alltid hente noe fra godt miljøarbeid. Et godt psykososialt arbeid».

Kunnskap og kompetanse

En fellesnevner for alle informantene var at samtlige hadde en eller flere videreutdanninger og alle hadde mange års praksiserfaring fra å arbeide med mennesker. To av informantene hadde i sitt yrkesaktive liv i hovedsak jobbet med ungdom og unge voksne og fire av informantene hovedsakelig knyttet til rusfeltet. Alle informantene nevner at det er viktig å inneha kompetanse om rus. De må være faglig oppdatert og følge med på utviklingen på rusfeltet og virkningen av ulike rusmidler. Annen kompetanse som blir nevnt er: kunnskap om hvordan man møter mennesker på en respektfull måte og kunnskap om motiverende intervju (MI).

En av behandlerne oppgir at viktig kompetanse dreier seg om en eklektisk tilnærming som betyr at man bruker elementer av alt og har med seg kunnskap om rusmidlenes neurobiologiske funksjon. Behandleren forteller videre:

«Vi må ikke gå i den grøfta at vi tenker at alt kan behandles med medisin. Det er bare tilleggs kunnskap som vi kan bruke, men vi må ikke glemme faktorer som kriminalitet. At

det finnes noe som heter avmakt og makt som er viktig i menneskers liv og som er med på å regulere hvordan vi har det. Glemme rolle og identitetsutvikling. Vi må ikke glemme ting som er viktig for denne gruppen særlig. Hvis man skal drive behandling så møter man de unge voksne med en koffert av kunnskap og kompetanse som tar med alle disse tingene».

En av ruskonsulentene beskriver viktig kunnskap og kompetanse som kompetanse på rus, tilfriskningsprosessen, hvordan rus påvirker den unges hjerne, behandlingsapparatet, samtaleteknikk, motivasjonsarbeid, øvrig hjelpeapparat og det å være ung.

En av ruskonsulentenes erfaring er at ruskompetansen er viktig for å opparbeide tillit. Den unge voksne vil fort falle av og ikke føle seg møtt, dersom ruskonsulenten ikke har kunnskap om rusmidler. Ruskonsulenten legger også vekt på at menneskekompetanse er like viktig som ruskompetanse og bevissthet rundt egne holdninger og tilnærminger.

En av informantene som tilbyr gruppekurs til de unge voksne, påpeker at det kan være utfordrende å finne balansegangen mellom å være en profesjonell kursleder og samtidig møte et menneske med menneskelighet, uten å bli privat eller personlig.

Betydningen av relasjonen mellom den profesjonelle yrkesutøveren og de unge voksne

Informantene blir spurt om å nevne tre faktorer som de anser som sentrale suksessfaktorer. Alle informantene vektlegger relasjonen som en viktig suksessfaktor. Fire av informantene nevner relasjonen først når de skal oppsummere. En av behandlerne sier:

«Helt avgjørende for god behandling er en relasjon som bygger på respekt og tillit».

To av ruskonsulentene tar opp at de må ha håp på at det er mulig å få til en endring og tro på det de unge voksne kommer med av forslag til hva som vil hjelpe dem videre. Det legges også vekt på menneskekunnskap, å være interessert og nysgjerrige på de unge, å være med de rundt og hjelpe de i systemet og kunnskap om rus og behandling. En av behandlerne nevner også: tilgjengelighet, at de unge voksne har en fast base i livet og at det er en ansvarsgruppe som drar i samme retning og motiverer. Den andre behandleren oppsummerer med:

«Helt avgjørende for god behandling er en relasjon som bygger på respekt og tillit. Det er nesten sånn at etter det så kan du gjøre hva du vil for da virker det. Blir folk sett så blir de

friske nesten bare av det. Føler de at noen er på lag med dem og har motor til å snu skuta, så er nesten bare det alene og vekke en slags forestilling om at dette kan bli noe av. Du kan gå herfra med en følelse av at: jøss, kanskje det denne gangen er mulig».

Behandleren påpeker at det er mye viktigere med en god relasjon, enn hvor samtalen finner sted og om tjenesten er ambulant. Det er heller ikke viktig om det kalles miljøarbeid eller behandling. Relasjonen må være det grunnleggende, i tillegg til å ha kunnskap om rusmidlenes biologiske og fysiologiske virkninger.

Inntakskriterier og tilgjengelighet

For å få behandling ved Sosialmedisinsk poliklinikk må de unge voksne henvises fra fastlege eller sosialtjeneste. Inngangsporten for å få oppfølging fra rustjenesten i kommunen var gjennom å fylle ut en søknad som ble behandlet av et eget tildelingskontor. Den eneste tjenesten som var fritatt fra å være vedtaksbasert var cannabisavvenningskursene, som kunne gjennomføres individuelt eller i gruppe. Behandlerne vurderte pasientrettigheter i henhold til prioriteringsveilederen. Rustjenesten fulgte opp uavhengig av alvorlighetsgrad.

Begge behandlerne beskrev at tjenesten til de unge voksne ved poliklinikken var tilgjengelige og at det var et stort fokus på de unge voksne. Det ble oppgitt at de forsøkte å legge lista lavt i forhold til å tilby behandling og at det skulle være rask behandling:

«En av grunnene til det er at de opptil 23 år har en lovfestet garanti på en 10 dagers frist for vurdering. Alle andre i sykehuset har 30 dagers frist. Å skulle vurdere spørsmålet om hvorvidt vedkommende skal innvilges pasientrettigheter er lovpålagt».

Den ene behandleren forteller at prioriteringsveilederen tar opp risikomomenter som: ung alder, tidlig debut og valg av rusmiddel. I tillegg skal totalsituasjon vektlegges i forhold til: bolig, sysselsetting, arbeid og familiære forhold.

Ungdomsteamet hadde et tilbud til ungdom mellom 16 og 25 år. Ungdomsteamet bestod av både ruskonsulenter og psykisk helsearbeidere. Alle ruskonsulentene fortalte om at de hadde brukt mye tid på å finne ut av hva de skulle jobbe med og hvordan de skulle gjøre det.

Ruskonsulentene oppga at fokuset og blikket på den unge rusen ble skjerpet ved å ha et eget ungdomsteam. Flere gav tilbakemeldinger om at det var positivt å få en spesialisering i forhold til å jobbe med unge voksne. Ungdomsteamet fikk også kurstilbud som var rettet mot den yngste brukergruppen. Målet med ungdomsteamet var at de ville få flere ungdom eller unge voksne til tjenesten og at forankringen av ungdomsarbeidet skulle bli større og sterkere.

Den ene ruskonsulenten viste til at de jobbet med å få et bedre samarbeid med tildelingskontoret for å forebygge at de ikke mistet ungdommene på veien for at de måtte innom det formelle leddet som handlet om et tildelingskontor.

Rustjenesten tilbød også tjenester, hvor det var lav terskel for å komme i kontakt og hvor den unge kunne henvende seg uten en henvisning eller i form av en søknad. For å få vurdert et cannabisavvenningskurs eller få råd og veiledning som pårørende, kunne de henvende seg per telefon selv eller via samarbeidspartnere eller kollegaer.

Behandlerens og ruskonsulentens arbeidspraksis

Alle informantene møtte de unge voksne gjennom samtale, både behandlerne og ruskonsulentene. I tillegg beskrev de flere arbeidsmetoder og verktøy som de benyttet. Flere påpekte viktigheten av å veksle mellom ulike metoder og teknikker. Både Sosialmedisinsk poliklinikk og rustjenesten hadde øremerket egne stillinger til å jobbe med unge voksne og ung rus. I tillegg til å være opptatt av forebygging, ønsket ruskonsulentene å utarbeide egne teknikker og metoder de kunne benytte ovenfor de unge voksne de fulgte opp:

«Det er annerledes å ha ruset seg i 3 år enn å ha ruset seg i alt fra 5 til 30 år. Du har kanskje andre utfordringer og det kan også være at det er andre teknikker og metoder du kan bruke i tilnærmingen som er bedre anvendelige. Så ungdomsteamet i virksomheten har det fokuset og etablere og utvikle verktøy som måler og samtaleteknikk som er egnet til litt yngre rusavhengige».

Informantene fortalte ikke om konkrete maler eller prosedyrer som var utarbeidet for hvordan arbeidet skal utføres. Behandlerne hadde et mandat som innebar at de skulle vurdere pasientrettighetene til de unge voksne og utøve tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ruskonsulentene beskrev et bredere mandat, hvor de kombinerte samtaler

med noe praktisk bistand. Behandlerne gav tilbud om poliklinisk behandling mens ruskonsulentene gav tilbud om poliklinisk oppfølging, som kan inneholde mange flere elementer. Det var kun informanten som jobbet i forhold til cannabisavvenning og pårørende, som benyttet en spesifikk arbeidsmetode. Arbeidsmetoden knyttet til cannabisavvenning var hentet fra Thomas Lundquist og hasjavvenningsprogrammet (HAP) (Lundqvist & Ericsson, 2007):

«Jeg bruker en metode som heter HAP, som er fra Sverige. Det er strukturerte samtaler med temaer som er knyttet til slutteprosessen og som også dreier seg om en seks ukers periode. Det ligger i bunnen, men vi tilpasser det individuelt etter behov. Det er en metode som Sverige har brukt i mange år og som både Sverige, Danmark og mange flere har god erfaring med og det er en god sjanse for å lykkes når man går et sånt kurs».

Begge behandlerne la vekt på at de startet kontakten med å kartlegge. Begge beskrev at de gjorde en helhetlig kartlegging. En av behandlerne gjennomførte ADAD² intervjuer på alle de unge voksne som fikk pasientrettigheter. Det ble gjort en kartlegging av flere områder som la grunnlaget for innholdet i den polikliniske behandlingen:

«ADAD sikrer at vi har med oss nettverkstenking, vi har med oss dette med sosialt felleskap, vi har med oss kriminalitet, vi har med oss forholdet til foreldrene og foreldrenes økonomi. Det er masse som gjør at vi bestemmer hva vi skal gjøre videre, hva vi skal jobbe med videre. At vi har et bredt grunnlag å stå på. Det er et verktøy som sikrer tverrfaglig spesialisert rusbehandling».

En av behandlerne fortalte at det ble satt opp en behandlingsplan for den polikliniske behandlingen med den unge voksne i løpet av de fem første samtalene, alt avhengig av om de unge voksne møtte til avtalene. Rus, psykisk helse, fysisk helse og andre områder i livet ble kartlagt. Kartleggings skjemaer som ble nevnt var: Audit³, Dudit⁴ og SCL-90⁵. Behandleren skiller på de unge voksne som klarer å møte til poliklinisk behandling og de som trenger døgnbehandling:

² ADAD er et strukturert intervju for ungdom, som består av syv områder: fysisk helse, skole, sosiale forhold, familie, psykisk helse, kriminalitet og alkohol/ narkotika

³ Audit er et kartleggingsverktøy for å avdekke problemer knyttet til alkohol

⁴ Dudit er et kartleggingsverktøy for å avdekke problemer knyttet til narkotiske stoffer og/ eller legemidler

⁵ SCL-90 er et kartleggings skjema som brukes i psykiatri for å kartlegge opplevde symptomer

«Der det ikke har kjørt seg så fast at de ikke trenger videre dogn, så blir det mer samtalebehandling med tanke på motiverende intervju, støttesamtaler, NADA⁶, kartlegging av rus og rusvaner, triggere og tilbakefallsforebygging».

Behandlerne beskriver at de har et stort handlingsrom når det kommer til behandlingsmuligheter ved poliklinikken. Poliklinikken er sammensatt av flere faggrupper, med ulik kompetanse og spesialiseringer. Behandlerne forteller at de samarbeider på tvers for å imøtekomme ønskene til de unge voksne på best mulig måte:

«Vi rår egentlig over alle de verktøyene som begge profesjoner eller alle profesjoner kan bruke. I tillegg så har vi lege. Jeg har jo egentlig nesten ukentlige konsultasjoner med legen. Hun jobber her en dag i uken. Etter hvert så har vi fått ganske mange eksempler på at det går an å tenke medisin i fellesskap med poliklinisk terapi. Det er egentlig litt spennende for det har jeg tatt litt avstand fra før, men det har faktisk virket».

Behandleren sier at de har stor frihet og få begrensninger innenfor det polikliniske området når det gjelder behandling. De rår ikke over for eksempel arbeidstreningstiltak, men det er heller ikke deres mandat. Behandlerne har ikke en arbeidsmetode som er standardisert, men oppgir at de flere muligheter og at tjenestetilbudet er forskjellig:

«Det kan være alt ifra traumebehandling som er knyttet til spesielle hendelser. Det kan være at veldig mange som sliter med depresjoner. Da prøver vi å jobbe fornuftig med det. Det er noen ganger sånn at vi tenker at det er mer kognitive teknikker som vi bruker som nesten handler om opplæring. Vi går igjennom tilbakefallsforebyggende tiltak, vi går igjennom FAK-skjemaer og vi lager livslinjer og vi tegner nettverkskart. Jeg er sosialfaglig anlagt så jeg bruker jo hele det spekteret jeg har».

Ruskonsulentene som ikke jobbet med cannabisavvenning, oppga at de tilbød flere tjenester: samtaler, råd og veiledning og praktisk bistand i forhold til at de blant annet kan følge de unge voksne rundt i hjelpeapparatet. De fortalte at de også var med i ansvarsgrupper og fungerte som koordinator. En av ruskonsulentene vektla at de hele tiden tar utgangspunkt i hva de unge presenterer og hvilke målsetninger de har. De unge voksne må ikke ha et ønske om totalrusfrihet, men det var noe de forsøkte å motivere for og ta utgangspunkt i. Den ene ruskonsulenten forteller:

⁶ NADA er en forkortelse for National Acupuncture Detoxification Association, og er et øreakupunkturprogram

«Vi er veldig opptatt av at vi har fokus på hele mennesket og ikke bare rusbiten. Det vi jobber med er i stor grad det å mestre livet generelt og for at du skal gjøre noe med rusproblemene dine så må du også finne ut av hvordan skal du forholde deg til samfunnet uten rus. Har du et sted å bo, hva skal du gjøre på dagtid, hvordan skal du forholde deg til foreldrene dine, har du et nettverk du kan benytte deg av?».

Ruskonsulenten referer til at det handler om mye annet enn bare rusen, og at de forsøker å få på plass det som er nødvendig av hjelpetiltak ellers i kommunen. Det kan for eksempel være økonomi, avklare rettigheter i forhold til skole eller opprette kontakt med fastlege. Ruskonsulenten sier at de prøver å hjelpe til med de områdene de unge voksne trenger hjelp til og som de selv presenterer. De tenker at summene av de tingene kan bidra til at de unge voksne kan få motivasjon til å gjøre noe med rusproblemene, eller komme seg ut av det. De fleste har vedtak om oppfølging en gang per uke, og noen få annenhver uke, men oppfølgingen blir tilpasset ut ifra behov.

Den andre ruskonsulenten sier noe om at mange av behovene kommer etter hvert, og at det kan dukke opp dypere problemer underveis i oppfølgingen. Det kan omhandle sensitive temaer som: rus, overgrep og tapt barndom. Ruskonsulenten legger vekt på at det er viktig å bygge en god relasjon for å komme i posisjon for å hjelpe de unge voksne.

Ruskonsulentene referer til at det også skulle innføres et nytt tilbud til de unge voksne i virksomheten. Det var nylig ansatt en musikkterapeut som skulle tilby musikkterapi.

Ruskonsulentene forteller at de tilpasser arbeidsmetodene ut ifra den unge voksne, og beskriver flere arbeidsmetoder som benyttes. En av ruskonsulentene sier at hun tenker at det er viktig å ta utgangspunkt i det de unge voksne selv ser på som sin bestilling, og begynne der uavhengig om det handler om rus eller noe annet. Behandleren påpeker:

«Det er viktig å lete etter ressurser og forsterke de tingene de er gode på. Forsterke egen tro på at de kan få til noe annet enn å ruse seg og at de kan oppnå de målene eller ønskene som de egentlig har».

Ruskonsulenten oppgir at hun i samtalen med de unge voksne forsøker å benytte teknikkene som finnes innenfor Motiverende intervju. Ruskonsulenten påpeker at hun forsøker å inneha de holdningene som ligger innenfor metoden, som å vise respekt, være

ydmyk, ikke gå for fort frem, men la de unge voksne styre og forsøke å la de unge voksne selv komme frem til løsningene som er best for seg selv. Å la de unge voksne bestemme hva som skal skje i hvilken rekkefølge. Ruskonsulenten avslutter med:

«Jeg opplever at vi får til mye ved at vi kan kombinere samtale og bistå praktisk».

Ruskonsulentene forteller at tildelingskontoret kartlegger de unge voksne som søker om tjenester, men at de ønsker å utarbeide egne kartleggingsverktøy innad i ungdomsteamet. Noen av skjemaene som benyttes nå er VAS⁷ og BCD⁸ fra cannabisavvenningskursene og litt fra kognitiv terapi. Andre kartleggingsverktøy som blir nevnt er Audit og Dudit.

Ruskonsulenten som jobber med cannabisavvenning, sier at HAP-metoden er et verktøy som alle kan lære seg og at nøkkelen ligger i hvordan de unge voksne blir møtt. HAP-metoden former mange av temaene, men hvordan man diskuterer og samtaler rundt de ulike temaene, handler mye om hvordan man er som person ovenfor den andre.

Ruskonsulenten påpeker at samtalen ikke alltid går som planlagt og at den tilpasses ut ifra hvor den unge voksne er.

Ruskonsulenten forteller at det ser ut som den unge målgruppen profitterer godt på strukturen som benyttes i kursene. I cannabisavvenningskursene benyttes også Motiverende intervju, elementer fra kognitiv terapi med tankekontroll og utskifting av tanker og knyttet til psykiske utfordringer. I tillegg så forteller ruskonsulenten om miljøterapeutiske tilnærminger hvor de for eksempel har aktiviteter sammen eller spiser sammen. Ruskonsulenten forteller videre at de også benytter akupunktur og yoga som metode i gruppekursene.

Behandlingsbegrepet

Informantene ble bedt om å beskrive hva de legger i begrepet behandling. Det var flere av informantene som påpekte gråsoner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Det fremkom at konteksten ofte er avgjørende i forhold til om interaksjonen de har med de unge voksne kan defineres som behandling.

⁷ Visual analog scale (VAS), er et kartleggingsverktøy knyttet til rusmestring i forhold til cannabis og øvrig rusbruk

⁸ Behavior checklist diary (BCD), er et kartleggingsskjema knyttet til abstinenssymptomer

Felles for alle informantene er at de tenker vidt om behandlingsbegrepet. Alle informantene oppga at de så på behandling som en endring i positiv retning. En av informantene påpeker at hun tror at hva tre profesjonelle yrkesutøvere tenker om behandlingsbegrepet vil være noe annet enn hva tre unge voksne mellom 18 og 23 år vil tenke om det, og at de unge voksne kan oppleve at de får behandling i mange forskjellige situasjoner.

Den ene behandleren beskriver sin forståelse av behandlingsbegrepet som noe som skal bidra til å endre livet i en positiv retning. Behandleren oppgir at det i prinsippet kan være hva som helst og at det er intensjonen og målsetningen som avgjør om det er behandling eller ikke. Behandleren påpeker at behandling ikke skal være preget av en innfallsmetode og at det skal kunne knyttes til teori og metode.

Den andre behandleren sier at alt som fører til en endring kan være behandling. Behandleren sier at målet alltid er mindre rusinntak, men at behandleren alltid avklarer hvilket mål den unge voksne har:

«Det er mye som kan være behandling. Det kan være samtaler og det med å utvide perspektivet på ting. Få bearbeidet hendelser og jobbe konkret med rusen. Det kan være mye som går utover det som også er god behandling, som litt av det praktiske vi driver med her rundt de unge. At det på ulike stadier kan være vel så riktig behandling som for eksempel selve samtalen og utforskningen av ambivalens og søke inn til institusjoner».

Ruskonsulentene referer til at behandling er noe som i utgangspunktet er et ansvarsområde som tilhører spesialisthelsetjenesten, men at det er noen gråsoner mellom ansvars og arbeidsområdene:

«Det er sikkert noe av det man gjør som kan gå under definisjonen behandling, men det er vanskelig å sette et skille for når slutter kommunal oppfølging og når begynner behandling, hvis man tenker at behandling ligger innenfor spesialisthelsetjenesten. Det er vanskelig å vite akkurat hvor krysningpunktet er».

Bedring blir omtalt som behandling og det er den unge selv som må vurdere og kjenne etter om det er en bedring.

En av ruskonsulentene forteller at de har valgt å kalle tilbudet om cannabisavvenning kurs og ikke behandling. Ruskonsulenten påpeker at det er anerkjent som behandling i Sverige, og at de som jobber med det i Sverige kaller seg klinikere, men kan ha samme faglig bakgrunn som ruskonsulentene. Hun sier at kurset har elementer av behandling.

Ruskonsulenten forteller at det er organisert ulikt i kommunene i Norge, og at noen steder tilbys cannabisavvenning etter HAP- metoden av psykologer på ruspoliklinikker.

Ruskonsulenten tror at om det blir omtalt som behandling er avhengig av hvem som utfører det og hvor det utføres. Hun presiserer også at det er et kurs i form av struktur, aktiviteter, måltider, yoga og akupunktur og at samtalene er pedagogiske.

En av de andre ruskonsulentene tenker at behandling er en helhetlig tilnærming hvor du får hjelp til alle de områdene hos deg selv som du tenker er viktig for å gå videre i livet som rusfri. I forhold til rus kan det være å finne ut hvilken funksjon rusen har, hvilket mønster den har og lære seg teknikker eller strategier for å bryte de tingene som har ført til at du ruser deg. Ruskonsulenten sier at det blir et definisjonsspørsmål om andre elementer som bolig, økonomi og arbeid er en del av behandlingen eller tiltak som settes i gang rundt en behandling. Ruskonsulenten forteller om hovedskillet mellom rustjenesten og Sosialmedisinsk poliklinikk:

«Hovedskillet er at SMP går inn og behandler et spesifikt diagnostisk tilfelle, mens vi prøver å beholde fokuset på hele mennesket og ikke bare det som det kan settes en diagnose på».

Den tredje ruskonsulenten vektlegger at spesialisthelsetjenesten har behandlingsansvaret for de unge voksne. Ruskonsulentene påpeker at noen av likhetene mellom Sosialmedisinsk poliklinikk og rustjenesten kan være at begge driver med motiveringsarbeid.

Er poliklinisk behandling rett behandling og virksomt for de unge voksne?

En av behandlerne stilte spørsmål ved om poliklinisk behandling sånn som de tradisjonelt jobber var virksomt for denne gruppa og at det var et aktuelt tema ved poliklinikken.

Fungerer det og er det rett behandling? Behandleren hadde mye praksiserfaring fra å tilby poliklinisk behandling til unge voksne, og erfaringen ved poliklinikken var at de ofte ikke kom i mål med behandlingen.

«Vi har alt for mange som kommer to ganger tre ganger fire ganger og fem ganger, men som forsvinner. Alt for mange som avslutter behandlingen sin her utenfor planlagt tidspunkt og som bare slutter å komme».

Behandleren forteller at det hender de unge voksne gir beskjed eller at behandleren forstår årsaken til at den polikliniske behandlingen avsluttes, men at det ofte ikke er sånn at behandlingen for eksempel starter etter en kartlegging og pågår frem til det konkluderes med at behandlingen er ferdig.

Behandleren har ikke et eksakt tall, men forespeiler at det er omtrent seks eller syv av ti unge voksne ikke fullfører den polikliniske behandlingen og at det er et altfor høyt tall. Forklaringene kan være mange:

«Det ene kan være at vi ikke rår over metoder som er riktige. Det kan hende at det er andre intervensjoner som er riktige for dem det gjelder, for eksempel mer aktivtetspreget innfallsvinkler og arbeidspedagogiske tiltak. Det er ikke tiltak som vi tenker er spesialisert rusbehandling. Det kan hende at det er helt andre ting som skulle vært iverksatt enn det vi har».

Behandleren oppgir også at kanskje noen av de unge voksne ikke er på et sted hvor de modnings og utviklingsmessig er i stand til å være med på en drøfting om seg selv og at mye av poliklinisk behandling dreier seg om det. Behandleren sier at de unge voksne må være med som en part i en historie om seg selv og at det krever et visst intellektuelt eller kognitivt nivå. Behandleren oppgir at det ikke er sikkert at alle er der og at mange også ruser seg aktivt.

Behandleren stiller også spørsmål ved om de unge voksne er drevet av en egen motivasjon eller om det er andre som har stilt krav eller presset på at de skal henvises. Behandlerens erfaring er at de unge voksne må oppleve at det er virksomt å komme til poliklinisk behandling, men at det ofte kan være mange vikarierende motiver til at de møter.

Behandleren kommer med et eksempel fra praksis på at den polikliniske behandlingen også kan være virksam til tross for at den unge voksne slutter å komme før de har avsluttet

behandlingsforløpet. Behandleren hadde vurdert at behandlingsforløpet hadde vært mislykket, men hadde fått en tilbakemelding fra pårørende om at det hadde vært vellykket:

«Jeg fikk så sent som i går faktisk tilbakemelding fra en mor som jeg ikke visste var moren til en av de som jeg kjenner. Hun sa: takk for at du snakket med datteren min. Hvem er datteren din? Det var en av de som jeg hadde i løpet av det siste året, som var her fire eller fem ganger, men for henne så var det nok. Det var helt passe for henne og det var egentlig litt godt å høre fordi hun var en av de som forsvant. Det viste seg at hun på en måte var ferdig, men at vi ikke rakk å oppsummere det».

Det er ingen av de andre informantene som stiller spørsmål ved om poliklinisk behandling er virksomt for de unge voksne, men flere skisserer at det er noen av de unge voksne som ikke mestrer å følge opp et poliklinisk tilbud. Informantene beskriver at døgnbehandling kan være mer egnet i slike tilfeller.

Oppsøkende og ambulante tjenester

Alle informantene oppga at de var fleksible i forhold til møtested og at de gjennomførte avtaler utenom kontoret dersom det var ønskelig og nødvendig. Det ble i så fall vurdert individuelt. Det var ikke øremerket eller besluttet at så mye av ressursene eller tjenestene skulle være ambulante.

Den ene behandleren oppgir at de tenker at det er uproblematisk å bevege seg ut der folk er hvis det er nødvendig. Behandleren sier at de har lurt på om pasientene vil få bedre kvalitet på tjenestene hvis behandlerne jobber mer utenfor kontoret. Behandleren forteller at de har innhentet erfaringer fra andre poliklinikker:

«Jeg har ringt litt rundt og hørt med andre poliklinikker i Norge, og det mange av dem sier er at: ja, vi tenkte også det. Vi blir for kontorbaserte. Det er mye bedre om vi reiser ut og treffer pasientene. Det har alle som jeg har snakket med sluttet med fordi de ikke får noe bedre oppmøte. Det er like ofte at pasientene ikke dukker opp på de alternative stedene».

Behandleren forteller at tilbakemeldingene er at pasientene ikke er interessert i å få behandling hjemme hos seg selv. De ønsker å komme til et kontor, hvor de møter den som er ansvarlig for behandlingen, få behandling og dra hjem igjen. Behandleren sier at tilbakemeldingene fra de andre poliklinikkene var overraskende.

Behandleren reflekterer rundt om det kan skyldes at de unge voksne ønsker hjelp og vil møte noen som kan tilby deg noe de ikke har og at de ikke forventer at de skal være likestilte med behandleren. Behandleren kommer med et eksempel:

«Jeg vil ikke komme til min fastlege og diskutere med han på like vilkår hva som er bra for meg. Da kan jeg jo snakke med hvem som helst da. Jeg vil at han skal vite mer om det enn meg. Og så vil jeg ha en følelse av at han kan gi meg noen tips som jeg ikke har tenkt på. Jeg tenker at han vet bedre enn meg og det er bra for meg».

Behandleren sier at hvis det viser seg å være mer funksjonelt å drive ambulant, så vil behandleren aldri være på kontoret og at det er det behandleren trives best med, men at det ikke ser ut til å være en suksessfaktor og ikke noe de unge voksne har etterspurt.

Den andre behandleren kunne ønske at det var rom for å være mer ute av kontoret, mer oppsøkende og på farta. Behandleren påpeker at muligheten har vært noe begrenset på grunn av ressurser i forhold til antall pasienter, tilgang til tjenestebiler og mobiltelefoner. Behandleren sier at poliklinikken nylig har utstyrt alle som jobber med LAR og ungdom med mobiltelefoner som de kan benytte i arbeidssammenheng, og at det gir de en mulighet for å være mer tilgjengelige og kan kontakte de unge voksne via tekstmeldinger.

Ruskonsulentene beskriver at de bistår de unge voksne mye i kontakten med øvrig hjelpeapparat og at de kan være med de unge voksne rundt, som for eksempel til NAV. En av ruskonsulentene forteller at i tillegg til å jobbe i forhold til økonomi, så kan det være hjelp i forhold til å koble på aktuelle instanser i forhold til bolig, aktivitet eller skole. Ruskonsulenten sier at rusen er et samtaleemne parallelt med denne jobbingen, men at de andre tingene kan være premisser som må være på plass for å kunne jobbe med rusen.

Samarbeid internt og eksternt

Alle informantene vektlegger samarbeid som viktig. Både behandlerne og ruskonsulentene oppgir hverandres tjenester som viktige samarbeidspartnere og at de har hyppig kontakt i de sakene hvor de unge voksne har oppfølging fra begge instanser. Samarbeid refereres til noe de er avhengige av å ha dersom den unge som ruser seg er i kontakt med flere i det offentlige hjelpeapparatet eller om det er private aktører. Det presiseres at det må være et ønske fra den unge som ruser seg. En av ruskonsulentene begrunner behovet for samarbeid med:

«I de fleste tilfellene så jobber man bedre hvis det er flere som kan utfylle hverandre for det er sjelden at det er en som har svar på alle spørsmål eller alle problemer og kan løse opp i alt».

Ruskonsulenten legger vekt på god kommunikasjon, og at det er en enighet om hva det skal samarbeides om og at det er tillit. Likeverd oppgis som det viktigste:

«Det viktigste i forhold til samarbeid er å gjøre det så likeverdig som mulig (Pause). Det er vanskelig for det er så mange nivåer på alt her. Jeg tenker at det ikke er likeverdig hvis vi er tre som samarbeider, for eksempel kommunen, bruker og Sosialmedisinsk poliklinikk. Det er ikke likeverd i den forstand at vi gjør de samme tingene, det er jo ulike roller, men at alle har like stor stemme».

En annen ruskonsulent formidler at det er viktig å avklare deltakernes forventninger til samarbeidet og at det forankres i den unge voksne som ruser seg sine ønsker og behov. Ruskonsulenten sier at den unge ikke alltid vet hva det lønner seg å samarbeide om, eller med hvem og at de da må være god rådgivere og hjelpe til. Det legges vekt på at det er viktig å snakke sammen for å sikre at man jobber i samme retning og at det ikke blir en belastning for den unge voksne. Ruskonsulentene nevner flere aktuelle samarbeidspartnere. En av ruskonsulentene oppgir at:

«Samarbeid med den unge som ruser seg er vel kanskje det aller viktigste».

Behandlerne legger vekt på at det er lav terskel for å samarbeide med den kommunale rus og psykisk helsetjenesten. Den ene behandleren påpeker at det er viktig med ubyråkratiske metoder og at mange av henvendelsene til aktuelle samarbeidspartnere skjer per telefon, og ikke via brev. Behandleren oppgir at å anerkjenne hverandre er en forutsetning for et genuint samarbeid:

«Felles forståelse av problemet og felles mål, hvor skal vi? For at det skal være et bra samarbeid så tenker jeg også at man må vite om og kjenne til hverandres kjerneområder og fremelske hverandres dyktighet. Man må ønske den andre fremgang».

Behandlerne beskrev at de jobbet på tvers innad på poliklinikken ut ifra bestillingen og problematikken til de unge voksne. De beskrev et lagarbeid i forhold til å komme i mål i henhold til målet og ønsket til den unge voksne.

Et eksempel fra praksis var et tilfelle hvor en av behandlerne samarbeidet med en av psykologene ved poliklinikken i forhold til en bestilling om å få lov til å analysere noen drømmesituasjoner. Behandleren forteller at psykologen jobbet med det i en avgrenset periode og at pasienten kom tilbake til behandleren etterpå.

Ruskonsulentene fortalte at de også samarbeidet mye internt, både i egen avdeling og innad i ungdomsteamet. Ungdomsteamet bestod av flere yrkesgrupper, som tilbød flere tjenester til de unge voksne. En av ruskonsulentene oppga at teamet bestod av tre yrkesgrupper med ulike roller:

«Du har den tradisjonelle ruskonsulentrollen, så har du cannabisrollen og så har du de som har jobbet innenfor psykisk helse».

Et av målene med å utarbeide et grunnlagsdokument var å sette seg ned sammen for å finne ut av hvordan de skulle gi et nytt tjenestetilbud til de unge voksne. En av tingene de jobbet med var kunnskapsoverføring seg imellom, for å forsøke å få en mer lik forståelse av de unge voksne, både i forhold til rus og i forhold til psykisk helse og avklare hvordan de kunne jobbe mer sammen om de unge voksne.

Flere av informantene nevner at de benytter ansvarsgrupper som en arbeidsmetode. To av ruskonsulentene oppgir at de ofte har en koordinatorrolle ovenfor de unge voksne. I flertallet av eksemplene fra praksis på et samarbeid informantene opplevde som positivt, blir arbeid i ansvarsgruppe nevnt. En av ruskonsulentene sier:

«Vi sitter ofte i en samarbeidsgruppe eller i en ansvarsgruppe fordi at de unge voksne ofte har mange instanser inne. For at vi skal kunne samarbeide og ikke jobbe ut hver for oss og at vi skal kunne jobbe sammen».

Mange av informantene nevner pårørende som en viktig samarbeidspartner. En av ruskonsulentene sier at samarbeid også i stor grad handler om å samarbeide med pårørende og foreldre der de er unge og at det er vel så viktig.

Det er ulikt i hvilken grad de profesjonelle involverer de unge voksne sine pårørende. Ruskonsulenten som jobber med cannabisavvenning forteller at de både gir tilbud om familiesamtaler og har fokus på de unge voksne sine foreldre. Ruskonsulenten tror at det er en suksessfaktor. Avdelingen har også hatt et eget tilbud til pårørende i form av foreldrekurs.

Det legges også til at relasjonen til foreldre ikke bare er positive, men at de også i noen tilfeller kan være dårlig for de unge voksne. De tilbys hjelp til å sette grenser, for eksempel hvis de har foreldre som er rusavhengige selv og som kan påvirke de unge voksne sine endringsprosesser.

En av ruskonsulentene oppgir at de får henvendelser fra foreldre. De tilbyr råd og veiledning til pårørende. De unge voksne får tilbud om å ta kontakt eller at de skal ta kontakt med den unge.

Pårørende er en egen pasientgruppe hos Sosialmedisinsk poliklinikk. Den ene behandleren sier at med de unge voksne, så jobber behandleren mye med familien, men at det ofte er i form av rådgivning. Behandleren driver ikke med behandling av pårørende, det er alltid de unge voksne som er hovedpersonene. Behandleren sier at det varierer i hvilken grad pårørende trekkes inn:

«Jeg har ikke noen regel eller struktur på at det alltid er lurt å ha med familien. Sånn tenker jeg ikke. I mange tilfeller så er det motsatt. Målet er å frigjøre seg fra en familie som mange ganger er grunnlaget for problemet. Det betyr ikke at ikke familien er viktig, men noen ganger så handler det om å etablere folk og finne folks eget grunnfjell. Der vil alltid familien være et eller annet sted».

Den andre behandleren forteller at det oftere er mer kontakt med pårørende eller at pårørende er et hyppigere tema ovenfor de unge voksne. De pårørende er ofte mer synlige, og det er viktig å avklare hvordan kontakten med pårørende skal være.

Behandlernes og ruskonsulentenes refleksjoner rundt andre tjenestetilbud eller arbeidsmetoder

Flere av informantene reflekterer rundt andre måter å organisere arbeidet på eller tjenester de savner. En av behandlerne ønsker å kunne ha flere tjenester å tilby for de unge voksne

underveis i den polikliniske behandlingen. Behandleren viser til at de har begrensninger ved poliklinikken, ved at de er en tjeneste som har åpent og er tilgjengelige mellom klokken åtte og fire. Behandleren forteller at de ikke har mulighet til å være så fleksible som et feltarbeiderteam, som kan nå de unge på andre arenaer og tidspunkt. Behandlerens ønske var at et oppsøkende team i så fall kunne bistått i kontaktetableringen med poliklinikk, slik at de kunne nå flere unge voksne. Et annet ønske er arbeidsplasser eller praksisplasser som kan tilbys parallelt med behandlingen, og at behandlingen ikke må være gjennomført før de unge starter med sysselsetting. Behandleren viser til:

«De unge voksne er i en fase i livet hvor det haster litt. De fleste er på etterskudd. De er jo hele mennesker som har samtidige behov ikke sant. Det er kunstig og underlig og skulle behandle element for element når alle elementene lever i hele mennesket samtidig».

Behandleren etterspør også mulighet for å ha tilgang til en sengepost som kunne benyttes ved behov, hvor de kjente til personalet og det var et samarbeid underveis.

En av ruskonsulentene etterspør mer tilpassede aktiviteter som de kan tilby de unge voksne. Ruskonsulenten kunne også ønske at de hadde et møtested som var egnet for de unge voksne, som for eksempel ikke gikk på skole.

En av de andre ruskonsulentene nevner også et ønske om å ha et større spekter av tiltak å sette i verk. Ruskonsulenten nevner et sted hvor de unge eventuelt kunne droppe innom for en samtale uten timeavtale. Ruskonsulenten påpeker at tilgjengeligheten ville ha vært bedre. Ruskonsulenten har også et ønske om større mulighet for samtalegrupper og selvutviklingskurs som ikke bare skal omhandle rus, men også andre viktige temaer i forhold til å være ung.

Behandleren nevner også et ønske om et ungdomshus, som bestod av ansatte fra flere tjenester, både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Behandleren kunne tenke seg at de hadde anledning til å fatte vedtak på flere lov felt og at de hadde felles inntak. Behandleren ønsker kortere vei mellom tjenestene. Behandleren skisserer at dagens ordning fører til at tjenestene blir delt over mange sektorer. Behandleren sier at samhandlingsformen først vil fungere når tjenestene er en del av samme organisasjon.

DRØFTING AV RESULTATER

Jeg har valgt å dele opp drøftingen i tre hovedtemaer: de profesjonelles forståelse av de unge voksne, den profesjonelle yrkesutøverrollen og de profesjonelles arbeidsmetoder og tilnærminger. I tillegg har jeg valgt ut underkategorier som jeg anser som relevante. I denne delen av oppgaven velger jeg å bruke de profesjonelle som en fellesbetegnelse for både behandlerne og ruskonsulentene i stedet for informantene, og presisere med behandleren eller ruskonsulenten i de sammenhengene jeg omtaler bare en av yrkesgruppene. Drøftingen er min tolkning basert på intervjuene jeg har gjennomført og presentasjonen av resultatene. Jeg vil i dette kapitlet drøfte mine synspunkt knyttet til informantenes utsagn og se det opp i mot teori og forskning som er omtalt tidligere i oppgaven.

De unge voksne som ruser seg

De profesjonelles forståelse av de unge voksne og deres behov

Et av spørsmålene jeg stilte meg tidlig i undersøkelsen var: hvordan ser de profesjonelle på de unge voksne som ruser seg? Vil det være forskjeller i hvordan behandleren og ruskonsulenten ser på de unge voksne og vil de samme profesjonene tenke likt? Defineres bruker og brukernes behov ut ifra ulike kategorier og setter de profesjonelle i så fall prognose og behandlingsforløp på forhånd?

De profesjonelle kan forstå de unge voksne som et objekt eller et subjekt. Hvis de velger å se på de unge voksne som et objekt og forstå de gjennom sin diagnose, kan de gjøre en vurdering av prognose og velge behandlingsmetode ut ifra evidensbasert kunnskap. Velger de å se de unge voksne som et subjekt, anerkjenner de at de unge voksne er et unikt individ og at de har en egen vilje, følelser og preferanser i henhold til blant annet Ekeland (2004).

Det kommer frem at få av de profesjonelle vektlegger alkohol. Alkohol er et av de rusmidlene som benyttes mest i Norge, og også det rusmiddelet som kan gi størst skadevirkninger. Hva er det som gjør at de profesjonelle ikke kommer i kontakt med unge voksne som har et problematisk forhold til alkohol? Eller møter de dem, men utelukker å kartlegge eller fokusere på alkoholen? Holdningene blant en stor andel av befolkningen i Norge, er at alkohol ikke er så farlig, og det er de illegale stoffene som for eksempel heroin som blir vektlagt. Til tross for at det er en liten andel som bruker heroin sammenlignet med

alkohol eller cannabis. Media kan være en bidragsyter her, i forhold til å påvirke oppfatningene i det norske samfunnet. Det er interessant at en av behandlerne sier at behandleren hadde en forestilling om at det var mer omfattende bruk av heroin, enn det registreringene viser.

Statistikk viser at det er et fåtall av de unge voksne i Norge, som bruker illegale rusmidler. Det kan også være mørketall i statistikken. Ut ifra BrukerPlan undersøkelsen, kommer det frem at det er flere av de unge som ikke blir fanget opp av hjelpeapparatet. Det vil si at det kan være mange unge voksne som ikke kommer i kontakt med Sosialmedisinsk poliklinikk eller rustjenesten. Statistikk viser også at bruk av rusmidler er lavere blant unge voksne i Norge, sammenlignet med andre land i Europa. Hvis vi ser på tallene fra Storbritannia og Danmark er det en markant forskjell i registrert bruk. Jeg tenker at registreringene må tas med noen forbehold, men at det gir et grovt anslag av virkeligheten.

Livet til de unge voksne som ruser seg, handler også om mye mer enn at de har utfordringer knyttet til bruk av rusmidler. Behandlerne og ruskonsulentene kan velge å konsentrere seg om de unge voksnes rusproblemer, eller de kan fokusere på helheten og forstå rusproblemene som en del av en kaotisk og vanskelig livssituasjon. Rusen kan for eksempel være en måte å koble ut for de unge voksne.

Nyere forskning viser at dagens ungdom ruser seg mindre enn tidligere og at de blant annet har mer fokus på familie, utdanning og fremtiden. Samtidig så er det et større krav til å lykkes i samfunnet og undersøkelser viser at forventningene kan skape en større belastning for de unge voksne. De unge voksne i dag er mer stresset og bekymret enn tidligere.

Dreiningen i samfunnet kan være med på å bidra til at det blir en mye større kløft mellom de unge voksne som for eksempel faller ut på grunn av marginalisering, og de som «er en del av mengden». Det at det er et fåtall det omhandler, gjør at de unge voksne som sliter kan oppleve sosial eksklusjon. Avviket kan oppleves som mye større. Vi lever i en tid hvor individualismen og valgmulighetene regjerer, hvor mye av fokuset går i retning av å bli vellykket og fremgangsrik. Denne dreiningen kan også være med på at det blir vanskeligere for de som faller ut og få hentet seg inn igjen. Arbeidsmarkedet har blitt tøffere og du havner fort på etterskudd hvis du faller utenfor. Det er vanskelig å få livet på rett kurs igjen. Økningen i antall unge voksne med psykiske lidelser som mottar uførepensjon er urovekkende.

Hertz (2011) er opptatt av mulighetene som kan oppstå hvis de profesjonelle ser utover det som de umiddelbart legger merke til. I henhold til hans teorier, vil de profesjonelle gå glipp av flere sider av både de unge voksne, og hva som kan være de bakenforliggende årsakene til at de ruser seg, hvis de baserer sin forståelse av de unge voksne ut ifra et øyeblikksbilde. De profesjonelle må bruke tid til blant annet å lete etter ressursene hos de unge voksne. Det er ikke alltid ressursene er tydelige, verken for de profesjonelle eller de unge voksne, men ofte kan de dyrkes frem hvis de profesjonelle tillater seg å se forbi førsteinntrykk. Hvis de profesjonelle kun fokuserer på en del, eksempelvis rusproblematikken, kan det bidra til at de mister helheten eller sammenhengene. De må være interessert i å se alle delene av de unge voksnes liv, og både undersøke og lete i alle delene.

Analysen viser at både behandlerne og ruskonsulentene beskriver de unge voksne som noe mer enn sin diagnose. De ser de unge voksne fra flere ståsted. Behandlerne og ruskonsulentene ser de unge voksne i hovedsak som et subjekt, og ikke et objekt. At de profesjonelle ser de unge voksne som noe mer enn for eksempel sin diagnose eller problemene knyttet til bruk av rusmidler, legger føringer for både hvordan de opptrer og hvilken tilnærming de benytter.

Flere av de profesjonelle skiller mellom kategoriene: de som mottar poliklinisk behandling eller oppfølging og de som har behov for døgntilrettelagt behandling. Hva som anses som riktig behandlingsforløp eller hjelpetiltak, ses i samsvar med blant annet omfanget av rusbruk og fungering i dagliglivet. Bidrar denne forståelsen til at de unge voksne blir kategorisert ut ifra deres diagnose eller fungering og med gir de profesjonelle en forståelse av prognose og behandlingsforløp på forhånd? I så fall så vil det hindre at videre forløp utvikles og besluttes i interaksjonen med de unge voksne.

Jeg oppfatter at de profesjonelle gjør en vurdering av hva som kan være viktige områder å jobbe videre med basert på blant annet tidligere erfaringer de har opparbeidet seg. Så er det de profesjonelles ansvar i hvilken grad de lar sin forforståelse prege kontakten med de unge og hvor mye styring de tar i forhold til å «bestemme» hva som er rett behandlingsforløp eller riktige hjelpetiltak for de unge voksne. De må starte med seg selv, og forsøke å legge forutinntatthet til side og se bakenfor de unge voksnes fasade.

Bruner (1999) omtaler hvordan vi er i verden og hvordan vi konstruerer våre virkeligheter og meninger. Et spørsmål jeg har reflektert rundt er: hvordan skaper de profesjonelle

mening i arbeidet de gjør? I henhold til Bruner, er det ikke mulig for behandlerne eller ruskonsulentene å være objektive i møte med de unge voksne. De profesjonelle bruker seg selv i interaksjonen og meningene konstrueres ut ifra hvem de er og hvilke erfaringer de har med seg. Vår kultur former våre meninger og hvordan vi handler. Hvordan de profesjonelle tenker om de unge voksnes behov, blir påvirket både av kultur og biologi. Det kan føre til mange måter å tenke på og vil ha en innvirkning på de profesjonelles forståelse av de unge voksne.

Mening kan også oppstå som følge av en hermeneutisk prosess. Nye meninger og ny kunnskap kan skapes gjennom at de profesjonelle reflekterer selv og sammen med andre, både med kollegaer, samarbeidspartnere eller de unge voksne. De kan se nye sider av tidligere erfaringer og skape nye meninger.

Analysen viser at de profesjonelle har mange tanker om hva de unge voksne trenger. Jeg har ikke hatt tilstrekkelig med data til å innta et kjønnsperspektiv i analysen, da flertallet av dem jeg har intervjuet er kvinner. Behandlerne og ruskonsulentene har ulike posisjoner og roller ovenfor de unge voksne, samtidig så viser analysen at det også er flere likheter i deres forståelse av de unge voksne og hvordan de ser på deres behov. Jeg har stilt meg spørsmålet om det kan skyldes at flere av de profesjonelle har en sosialfaglig utdanning i tillegg til at noen også har jobbet både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det fremkommer også at det er mye samarbeid på tvers av 1. og 2. linjetjenesten, som kan gi en mer samstemt forståelse av hvordan de tilnærmer seg problematikken.

Hvis de profesjonelle skal møte behovene som blir meldt, er det avgjørende at de profesjonelle møter de unge voksne som et subjekt. Det er ikke ensbetydende med at behandlerne eller ruskonsulentene skal imøtekomme alle behovene, men se sammenhengene mellom de ulike områdene i de unges liv.

Den profesjonelle yrkesutøveren

Profesjonell kompetanse

Å inneha en profesjonell kompetanse kommer med noen forventninger om at den profesjonelle har bred kunnskap, både evidensbasert kunnskap og praktisk kunnskap. Både

behandlerne og ruskonsulentene forutsettes gjennom sine profesjoner og stillinger at de innehar viktig kunnskap om unge voksne som ruser seg og behandlingsalternativer.

At de profesjonelle innehar en ekspertise, betyr ikke at de alltid har rett eller at de skal legge føringene for de unge voksne. De har et like stort ansvar for å inkludere de unge voksne. Med innføring av begrepet brukermedvirkning i helse og sosialsektoren, har de unge voksne fått en større stemme og de blir mer anerkjent i forhold til kompetanse på eget liv og egen endringsprosess. Både de profesjonelle og de unge voksne bidrar med viktig kunnskap og kompetanse inn i relasjonen og samarbeidet. I hvilken grad de unge voksne blir anerkjent sin kompetanse, er avhengig av hvordan de profesjonelle inkluderer og legger til rette for at de unge voksne blir hørt. En av behandlerne reflekterer rundt at når de unge voksne kommer til spesialisthelsetjenesten så har de noen forventninger om at de kommer til en person med mer kunnskap og kompetanse enn de selv. Det kan være at de unge voksne ikke ønsker en likeverdig relasjon, samtidig som det er opp til behandleren å invitere til at de unge voksne blir en aktiv med part. Både behandlerne og ruskonsulentenes har innenfor noen gitte rammer mulighet å tilpasse arbeidsformen og metodene både til seg selv og de unge voksne de møter.

Samfunnet har en stor tillit til at det som skjer i spesialisthelsetjenesten er det beste for den hjelpesøkende. Vurderinger og spesialisterklæringer blir lagt til grunn i flere sammenhenger og får tildelt en stor betydning. Det er sjelden det stilles spørsmål ved vurderinger som gjøres i spesialisthelsetjenesten. Samtidig kan det være vanskelig å evaluere for eksempel et poliklinisk behandlingsforløp. Hvem skal definere om behandlingen er virkningsfull? Den ene behandleren er inne på temaet når behandleren snakker om at en stor andel av de unge voksne avslutter behandlingen utenfor et planlagt tidspunkt. Den polikliniske behandlingen foregår ofte på et kontor og i en en- til- en relasjon. Det kan føre til at det er vanskelig å kvalitetssikre behandlingen og det stiller enda større krav til at behandleren inkluderer de unge voksne og evaluerer tjenesten kontinuerlig i samråd med de unge voksne.

Samtidig så handler det også om å ha tillit til de profesjonelle og den profesjonelle kompetansen. Ekeland (2004), tar opp dette i sin artikkel når han tar utgangspunkt i at ved å innføre en evidensbasert praksis, så går det utover klinikernes mulighet for autonomi og skjønn i egen arbeidspraksis. Han påpeker at det er vanskelig å ta hensyn til subjektet hvis

arbeidspraksisen hovedsakelig skal styres av diagnose, og at dette er en særlig utfordring knyttet til rusbehandling.

Analysen viser at det kan være vanskelig å sette ord på egen profesjonalitet. Det fremkommer at både behandlerne og ruskonsulentene innehar masse kunnskap og kompetanse som de har opparbeidet seg over flere år. Hva er det som gjør at det er det er så vanskelig å beskrive faglig hvilke arbeidsmetoder som benyttes og hvorfor? En av mine tolkninger er at det kan skyldes at de profesjonelle jobber på mange arenaer og at de har et bredt mandat. De profesjonelle har kanskje også færre konkrete prosedyrer som beskriver hvordan de skal jobbe, sammenlignet med andre yrkesgrupper. En annen tolkning kan være at vi er for forsiktige med å snakke om hva vi er gode på, noe som kan føre til at jobben som utføres ikke blir anerkjent i den grad den burde. Flere av de profesjonelle har jobbet med unge voksne som ruser seg over flere år fra flere ståsted. Analysen viser at de sitter på masse praksiserfaring og spesialkunnskap knyttet til unge voksne som ruser seg. Erfaringer og kunnskap de har opparbeidet seg gjennom utdanning, livserfaring, praksiserfaring, oppdatering på faglig kunnskap og i interaksjon med de unge voksne. En annen mulighet kan være at arbeidspraksisen dominerer hverdagen, og bidrar til at det faglige blir innarbeidet i måten vi handler på. Uten at vi må sette ord på hvilke metoder vi benytter og hvorfor. Det betyr ikke at arbeidspraksisen er mindre faglig, men at vi får innarbeidet rutiner for hvordan vi handler i ulike situasjoner basert på tidligere erfaringer. En ulempe i så fall kan være at vi går glipp av avvik og individuelle forskjeller.

De profesjonelle utøver flere roller

Jeg stilte meg spørsmålet: hvem blir de profesjonelle i møte med de unge voksne og hvorfor? Analysen viser at både behandlerne og ruskonsulentene veksler mellom å ha flere roller. De beskriver også egen rolle ovenfor de unge voksne forskjellig, ved at de vektlegger forskjellige egenskaper.

I Rom for jenteliv (Fransson, 1996), illustrerer jentene som blir intervjuet skillet som kan oppleves mellom de som har behov for hjelp og de som skal utøve hjelpen. Beskrivelsene kan vise at det kan være store forskjeller i hvordan de profesjonelle ser på sin rolle og hvordan de unge voksne ser på de profesjonelle. De unge voksne kan oppleve at det er en stor avstand mellom dem og de profesjonelle, og at det kan være vanskelig for de profesjonelle å sette seg inn i deres situasjon. Et viktig perspektiv er hva jentene sier de tenker om at de ansatte får betalt for å utøve omsorgen og at å få betalt ikke er

ensbetydende med at interessen er genuin. Problemstillingen jentene referer til i forhold til at de profesjonelle kan ha ulike roller på jobb og privat, går også igjen hos Goffman (1959), når han omtaler at vi spiller ut ulike roller i ulike situasjoner og at konteksten kan være avgjørende for hvilke sider vi viser av oss selv. En av ruskonsulentene trekker en parallell til temaet når hun omtaler viktigheten av å fremstå som genuint interessert til tross for at du får lønn for å være der. Det er en utfordring å balansere de ulike rollene: profesjonell, personlig og privat i møtet med de unge voksne. Samtidig så er det også den kompetansen som skal skille en profesjonell yrkesutøver fra en ufaglært. Mye ligger i hvordan du kommuniserer med og i hvilken grad du setter den unge voksne i sentrum. Det er også avgjørende å være bevisst på hvilke holdninger man har med seg inn i møtet med den andre uavhengig av hvilken kjemi og grad av samarbeid de profesjonelle opplever å ha med den andre. Det kan være utfordrende å formidle håp og tro på den unge voksne uten å fremstå som personlig, men å være personlig er ikke ensbetydende med at du er privat.

Både behandlerne og ruskonsulentene innehar også en rolle i kraft av at de representerer systemet de jobber innenfor. Denne rollen kan også legge noen føringer for kontakten og hvordan de profesjonelle fremstår i møtet med de unge voksne. De har noen rammer de må forholde seg til i henhold til tjenestene de representerer.

Flere av de profesjonelle nevner at de ønsker en likeverdig relasjon, men få reflekterer rundt at relasjonen også til tider er asymmetrisk. Behandlerne har for eksempel et ansvar for å vurdere om den unge voksne fyller kriteriene for behandling og også en stor stemme i forhold til hvordan den polikliniske behandlingen skal gjennomføres og eventuelt avsluttes. En av ruskonsulentene vurderer hvem som skal få tilbud om cannabisavvenning. De andre ruskonsulentene fatter ikke vedtak på tjenestene selv, men har ansvar for å evaluere tjenestene underveis. Relasjonen kan også ses som asymmetrisk i form av at de profesjonelle er voksne og de unge voksne i overgangen mellom det å være ungdom og voksen. Recovery begrepet sier noe om at relasjonen mellom den profesjonelle og den hjelpesøkende blant annet må være basert på likeverd, åpenhet, ærlighet og tillit. Det kan være vanskelig å oppnå likeverd i relasjonen da premissene er ulike.

De profesjonelle reflekterer ikke så mye rundt denne makten. En av behandlerne reflekterer rundt at de unge voksne kanskje ønsker å komme til noen som innehar en ekspertrolle. At det å skulle representere spesialisthelsetjenesten innebærer å tilby en annen

kunnskap og kompetanse enn hva den unge voksne besitter selv. Det nevnes også at det er viktig å ha kjennskap til at det finnes noe som heter makt og avmakt.

Foucault referer til at makt er over alt. Verken behandlerne eller ruskonsulentene praktiserer i et maktfritt rom. Jeg har undret meg over om vi snakker mindre om makt, fordi det kan ha negative assosiasjoner og noe vi forsøker å jobbe for å redusere. Det kan også være vanskeligere å snakke om. Fokus er større på hvordan man kan oppnå en så symmetrisk relasjon som mulig. Foucault sin teori var at makten er bevegelig og at ingen kun har makt eller kan få makt. Makt kan også være produktiv, og gjennom makten kan behandlerne og ruskonsulentene få mulighet til å utvikle kunnskap om unge voksne og ung rus. De profesjonelle må gjennomføre kartlegginger og innhente informasjon gjennom samtale med de unge voksne. Det er også en forutsetning at de unge voksne setter ord på hvordan de har det. På den måten er også de profesjonelle avhengig av at de unge voksne åpner opp for å dele av seg selv, for at de skal få utført arbeidet de er satt til og både utvikle og gi et konstruktivt tjenestetilbud.

Endringene i helse- og sosialsektoren ved blant annet innføring av brukermedvirkning og recovery, har ført til en jevnere fordeling av makten mellom de profesjonelle og de hjelpesøkende. De unge voksne har fått økt sin makt ved både en politisk og juridisk styrking av sine brukerrettigheter.

Kunnskap og kompetanse

Behandlerne og ruskonsulentene nevner flere kunnskapsområder som de har erfart er viktige i forhold til arbeid med unge voksne som ruser seg. En fellesnevner som kommer opp er ruskompetanse, både i forhold til å følge med på utviklingen i rusfeltet og virkningen av ulike rusmidler. En av behandlerne bruker flere elementer i behandlingen og vektlegger medisinen som en viktig tilleggskunnskap, men at det er andre faktorer som er vel så viktige. Ruskonsulentene vektlegger også breddekunnskap og kompetanse på flere fagområder, ikke bare det sosialfaglige. Samtidig så blir også bevissthet rundt egne holdninger og tilnærminger nevnt.

Analysen viser at en del av kunnskapen og kompetansen går på tvers av nivåene og at både behandlerne og ruskonsulentene må ha en viss kjennskap til andre fagområder. Hva de profesjonelle tenker kan være god hjelp eller virksomt for de unge voksne kan være flere ting, ikke nødvendigvis kun behandling. En faktor som alle vektlegger er betydningen av

relasjonen. Relasjonen ses som grunnsteinen i arbeidet. Bruk av motiverende intervju, kan være et nyttig verktøy i forhold til å etablere en relasjon, både i forhold til holdningssett og kommunikasjon.

Behandlerne som ble intervjuet av Jevne (2009), om hva som fremmet motivasjon i arbeidet vektla også relasjonen til pasientene. Det personlige engasjementet i relasjonen blir også vektlagt som viktig av ungdommene som blir intervjuet i forhold til hvordan de har opplevd møtet med hjelpeapparatet (Vagle, 2011).

En annen fellesnevner for behandlerne og ruskonsulentene er at de ikke har så mye fokus på hvordan både mening og kunnskap kan oppstå i interaksjonen mellom dem selv og de unge voksne og på mulighetene som kan ligge i interaksjonen.

Arbeidsmetoder og tilnærming

De profesjonelle står i en posisjon hvor de er utsatt for press fra flere hold. Både for behandlerne og ruskonsulentene kan dette være utfordringer i form av resultatkrav, tidspress, ønske om en større fleksibilitet i form av mer tid for å gi bedre tjenester, budsjett, lovverk eller nye veiledere som skal følges.

Det er forskjeller i forhold til hvordan spesialisthelsetjenesten og kommunene organiserer sine tjenester. Kommunene har en større frihet til å organisere hvordan tjenestetilbudene skal se ut og en del tjenester er ikke lovpålagt å være vedtaksbasert. I de tilfellene kan kommunene selv bestemme hvordan tjenestene skal tildeles og om det skal fattes vedtak. Dette kan føre til store forskjeller mellom de ulike kommunene i Norge. Kommunene har en større selvstyret rett knyttet til organisering, sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har flere prosedyrer enn hva kommunene har og det er en større likhet mellom de ulike helseregionene i forhold til hvordan tjenestene er organisert. Tjenestene er statlig styrt og organiseringen mer gjenkjennbar.

Spesialisthelsetjenesten tar utgangspunkt i diagnose når de vurderer hvilken behandlingsinnsats som kan være egnet. Det er et stort handlingsrom i forhold til valg av behandlingsmetodikk. Kommunen tar ikke utgangspunkt i diagnose, men fungering.

Det har kommet flere nye begreper i de offentlige velferdstjenestene som har en innvirkning på de profesjonelles arbeidspraksis. Som tidligere nevnt er det et økt fokus på

blant annet brukermedvirkning og recovery. De nye begrepene skaper nye diskurser og forståelsesformer. Vi har fått nye lovverk, blant annet ved innføring av helse- og omsorgstjenesteloven. Språket har endret seg, og vi er alle med på å påvirke at språket endrer seg i feltet. For eksempel har det blitt en dreining fra sosial til helse og omsorg.

Recovery sier noe om hverdagslivet. Kommunen har hatt en lenger tradisjon for å ha fokus på den enkeltes hverdag og tenke mer helhetlig. Spesialisthelsetjenesten viser at de også blir flinkere. Begge behandlerne tar opp gjentatte ganger at de også tenker på elementer som er viktige for de unge voksne utover å få behandlet rusproblemet og/ eller den psykiske helsen.

Brukermedvirkning blitt hjemlet gjennom lov og det har blitt et begrep som går igjen innenfor sosial- og helsetjenesten. I henhold til Foucault og hans diskursbegrep, kan brukermedvirkning ses som en juridisk diskurs. I en juridisk diskurs vil begreper som myndiggjøring, medvirkning, medbestemmelse og empowerment være sentrale og et mål i den polikliniske behandlingen eller oppfølgingen.

Hva innebærer retten til deltakelse? De profesjonelle har ansvar for å legge til rette for deltakelse fra de unge voksne. Analysen viser at både behandlerne og ruskonsulentene har et stort fokus på brukermedvirkning. Det er kun behandlerne som vurderer rettighetene til de unge voksne, ved at de har ansvar for å vurdere pasientrettigheter knyttet til rusbehandling. Samtidig har både behandlerne og ruskonsulentene begge et ansvar for å sikre at de unge voksne får den oppfølgingen de har krav på i henhold til lovverket de jobber etter.

I analysen fremkommer det at både behandlerne og ruskonsulentene utformer den polikliniske behandlingen og den polikliniske oppfølgingen i henhold til ønsker fra de unge voksne. De legger vekt på at de unge voksne får mulighet til å utforme tjenestetilbudet innenfor noen gitte rammer. Både behandlerne og ruskonsulentene henter kunnskap fra flere fagfelt og benytter ulike arbeidsmetoder og innfallsvinkler.

Flere av de profesjonelle nevner tid som en viktig faktor i flere sammenhenger, i forhold til å få fulgt opp de unge voksne tettere og ha større fleksibilitet i forhold til oppsøkende arbeid.

Både behandlerne og ruskonsulentene forteller om endrede arbeidsmetoder, som mer samarbeid på tvers innad i avdelingene, etablering av et eget ungdomsteam i kommunen og ansettelse av en musikkterapeut.

Bruk av ansvarsgrupper blir nevnt som en hyppig arbeidsmetode både av behandleren og ruskonsulenten. Det legges vekt på at det er en forutsetning at det er et ønske fra den unge voksne, og at arbeidet må forankres med utgangspunkt i den unge voksne. Uttalelsene viser at de profesjonelle har brukermedvirkningsperspektivet med seg i flere kontekster, uten at de bruker begrepet brukermedvirkning. Deres beskrivelser av deres praksiserfaringer viser at brukermedvirkning er innarbeidet i måten de både tenker og handler knyttet til de unge voksne.

Funnene i analysen viser at en brukermedvirkningsdiskurs åpner opp for en arbeidspraksis som er sentrert om den unge voksne. Både ruskonsulentene og behandlerne uttrykker at deres arbeidspraksis er preget av å få de unge voksne til å definere sine behov og meninger gjennom samtale. Det fremmer i ett av intervjuene at noen av de unge voksne kan ha utfordringer med å uttrykke og sette ord på sine meninger. Behandleren tar opp at et av kriteriene for å få utbytte av poliklinisk behandling er at de unge voksne har et visst modenhetsnivå.

Hva med de unge voksne som ikke snakker eller ikke snakker så godt? Samtalen som arbeidsmetode kan gi noen begrensninger for de som ikke profitterer på kun å samtale. Er det her det skulle vært rom for flere alternativer, som flere av informantene etterspør. Mer arbeidstreningstiltak eller aktivitetsmuligheter? Andre alternativer til å bli møtt gjennom samtale. Det kan også være at den vekslingen mellom samtaler og praktisk bistand, som ruskonsulentene beskriver, kan bidra til at tjenesten kan romme de fleste.

Det fremkommer at det også gis tilbud som tar utgangspunkt i en avgrenset problematikk. Cannabisavvenningskursene og musikkterapi er eksempler på dette. Det er positivt at det utvikles nye tilbud og at det gis muligheter for å jobbe med spesialiserte områder. Det gir en større bredde i mulighetene for de unge voksne. Samtidig som det også er nødvendig med tjenester som favner bredt, og hele brukergruppen.

Jeg syntes at den ene behandleren beskrev det godt, når behandleren viser til at det er det hele mennesket som har samtidige behov. Det gjør at det blir kunstig å behandle element

for element, når alle elementene lever i mennesket samtidig. Hvis arbeidsmetodene og tilnærmingene hovedsakelig var sentrert rundt bruken av rusmidler, hva med resten når de unge voksne ikke ruser seg lenger? Som jeg har referert til tidligere, så er det tøft å være ung i dagens samfunn. Ungdom generelt opplever også ulike utfordringer i overgangen mellom ung og voksne. Det kan være hardt for en ung voksne som har ruset seg og kanskje havnet på etterskudd sammenlignet med andre på hans eller hennes alder, å hevde seg i samfunnet. Det krever mye og av den unge voksne, i form av motivasjon og pågangsmot, men også støtte fra omgivelsene.

Både behandlerne og ruskonsulentene trekker frem viktigheten av en helhetlig tilnærming. Den ene behandleren spesielt sier noe om utfordringene ved å fokusere på ett område, og vanskelighetene med å splitte opp det unge mennesket. Rusproblemer kan få mange konsekvenser og gå utover fysisk og psykisk helse, livssituasjon, mestring, trivsel og relasjoner. Fleksibiliteten i arbeidet kan ses som en styrke. Det kan være viktig å ha med seg erfaringene når det skal planlegges nye hjelpetiltak.

Ekeland sier noe om at det som skjer i feltet er en trussel i forhold til kompetansen knyttet til samtalen. Eksempelvis kan hvem som helst tilegne seg teknikker for eksempel via kurs og utøve samtale som metode. Hva skal vi da med tungt utdannet fagfolk/ terapeuter? Utviklingen utydelig gjør kompetansen og kan være en faktor til at det er vanskelig å snakke om eller sette ord på det som skjer eller man gjør. Samtidig så skaper det også noen muligheter. Det kan gjøre tjenestetilbudet enda bedre ved at flere får mulighet til å opparbeide seg et større repertoar av teknikker og kunnskap. Den ene behandleren oppgir at det som en viktig faktor for å møte de unge voksne og kunne inneha kompetanse på flere områder, som gjør handlingsrommet større.

Flere av behandlerne og ruskonsulentene veksler mellom ulike metoder og teknikker. Det fremkommer at den røde tråden i kontakten er relasjonen mellom dem og de unge voksne. De profesjonelle har lang praksiserfaring, og mye kunnskap, både praktisk og teoretisk. Bredden av praksiserfaringene de har opparbeidet seg og fleksibiliteten i forhold til valg av arbeidsmetoder og tilnærming, kan bidra til at det er vanskelig å sette ord på hvordan de handler og hvorfor. Det er en del av den praktiske treningen som de har opparbeidet seg i møte med de unge voksne. Kanskje en av styrkene nettopp er denne muligheten for å omstille seg ut ifra hvem den unge er og hva han eller hun presenterer.

Analysen viser at den polikliniske behandlingen eller oppfølgingen inneholder flere elementer, og at både behandlerne og ruskonsulentene tilbyr flere tjenester. De vektlegges som positivt å ha egne ressurser som jobber i forhold til de unge voksne, og at det blant annet kan sikre bedre anvendelige teknikker og metoder ovenfor de unge voksne.

En av behandlerne påpeker at behandleren har en krevende jobb der man skal ha et stort repertoar av innfallsvinkler. Praksis blir styrt av mange faktorer. Ruskonsulentproblemer kan ha mange årsaksforklaringer, som kan være av biologisk, psykologisk og sosial art (Helsedirektoratet, 2014). Det er sammensatt og komplekst og krever innsats fra flere profesjoner og kunnskapsområdene. I analysene fremkommer det at de profesjonelle bruker kunnskap fra flere områder.

Både behandlerne og ruskonsulentene benytter alle ulike tilnærminger ovenfor de unge voksne som ruser seg. Funnene viser at de har noen fellestrekk i forhold til hvordan de tenker, men at de også håndterer tematikken forskjellig. Det profesjonelle handlingsrommet gir mulighet for å gjøre subjektive vurderinger av hva som er en egnet tilnærming og hva tjenesten skal bestå av, som det også fremkommer gjøres i stor grad samråd med de unge voksne. Samtidig kan autonomi også føre til variasjon i tjenestetilbudet. Både i forhold til hvordan de konstruerer sin egen «posisjon» ovenfor de unge voksne og hvordan de forstår ung rus. Ruskonsulentene forteller at oppfølgingsarbeidet i ungdomsteamet ikke var formalisert på intervjuetidspunktet. De beskriver at de selv har tatt initiativ til å utarbeide et grunnlagsdokument i fellesskap for å sikre bedre tydelighet og en fellesforståelse av tjenestetilbudet de skulle tilby og målgruppen for tjenestene.

Ut ifra analysen, så oppfatter jeg at det er rom for å justere tjenestetilbudet som gis underveis. Både behandlerne og ruskonsulentene legger vekt på at de utformer tjenestene og tilbudet i samråd med de unge voksne. De legger planene for den videre oppfølgingen sammen. Behandlerne må innvilge pasientrettigheter og det er noe som kan gjøres ut ifra en krisesituasjon, samtidig så fremkommer det at de bruker god tid på å kartlegge sammen med de unge voksne. For å få tilbud om cannabisavvenningskurs gjennomføres også kartleggingen over flere samtaler og de øvrige ruskonsulentene har mulighet for å jobbe langsiktig.

Jeg syntes at det var interessant å høre hvordan betydningen av relasjonen blir vektlagt. Å etablere relasjoner er en stor del av arbeidet til de profesjonelle. Det er mindre viktig hvilke arbeidsmetoder og tilnærminger som benyttes, så lenge de unge voksne blir sett og det etableres en tillitsfull relasjon. Det er sterke ord som benyttes, og det gir noen utfordringer i forhold til hvordan tjenestetilbudet skal utformes. Det bidrar heller ikke til at det blir lettere å være tydelig på hvordan man jobber.

Uttalelsene gjenspeiler at de unge voksne kanskje ikke er så opptatt av om tjenestene er ambulante eller om det kalles behandling og ikke støttesamtaler. Hvis de ønsker tjenestene og opplever de som nyttig, så kan det være tilstrekkelig. Da spiller det en mindre rolle hvordan arbeidet utføres og omtales. I tillegg må vi ta høyde for at en vanskelig livssituasjon, kan være en av årsakene til ikke- møtt problematikken, og ikke noe som er unikt for de yngste. Det er heller ikke nødvendigvis veilederne som har svaret eller oppskriften på hvordan arbeidsmetodene skal utføres. De gir noen anbefalinger som er utarbeidet i henhold til forskning og praksis. Svarene på rett arbeidspraksis kan skje i møtet mellom den profesjonelle og den unge voksne.

Poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten og poliklinisk oppfølging i kommunen

I spesialisthelsetjenesten er det diagnosen eller diagnosene som utløser rettighetene til behandling. Ved en vurdering av retten til poliklinisk behandling, vil målet være at den unge voksne er ferdig behandlet når behandlingskontakten avsluttes. Det er vanskelig å definere når den voksne eventuelt er ferdig behandlet. Det kommer blant annet frem i den ene behandlerens praksiserfaringer knyttet til utfordringer ved at et flertall av de unge voksne uteblir fra den polikliniske behandlingen. Men hvem skal definere når den unge voksne eventuelt er ferdig behandlet? Er det behandleren, den unge voksne eller skal det besluttes i samhandling mellom behandleren og den unge voksne?

Kommunen har en tradisjon for å være mindre opptatt av diagnose og fokusere mer på funksjon og behovet for hjelp. Målet vil ikke alltid være å bli frisk, men ha et bedre liv og klare seg best mulig. Tilbudene som gis kan muligens tilpasses individuelt i enda større grad enn i spesialisthelsetjenesten, da oppfølgingen ikke kun må relateres til behandling. Den polikliniske oppfølgingen kan inneholde et bredt spekter av ulike elementer, som: bolig, økonomi og arbeid.

Det er interessant at en av erfaringene fra praksis er at i enkelte tilfeller så kan kontakten med de unge voksne nesten omhandle hva som helst, og at det nødvendigvis ikke må være knyttet til rusbehandling. Det omtales ikke som regelen, kanskje heller unntaket, men hvordan skal i så fall arbeidsmetodene vurderes og utformes? I samme kontekst henvises det også til betydningen av relasjonen som opparbeides med de unge voksne. Disse uttalelsene er i tråd med Duncans teori om hva som virker i terapi. Modeller og teknikker utgjorde kun 15 % av hva som gav resultater i terapi.

Denne tvetydigheten til hva behandling skal innehold, kan være en utfordring. Hvordan sikre de unge voksne gode og hensiktsmessige tjenester? Det kan både være en svakhet og en styrke at en liten andel av oppfølgingen fra behandlerne eller ruskonsulentene er formalisert, og at mye er avhengig av deres forståelsesmodell. En svakhet kan ses ved at kontakten mellom den profesjonelle og den unge voksne foregår i lukkede rom. Det er få muligheter for å få innspill fra andre og evaluere tjenestene som gis, og det stiller store krav til den enkeltes kompetanse. Det kan føre til at tjenestetilbudet blir personavhengig, og at det vil være stor variasjon ut ifra hvem de unge voksne møter.

Jeg tenker at det også er mye «taus kunnskap» i dette feltet om hvordan de utfører arbeidet, og at det er mye formell og uformell kompetanse hos både behandlerne og ruskonsulentene som andre også kunne dra nytte av. En styrke ved at mye av ansvaret for utformingen av tjenestetilbudet ligger hos de profesjonelle, er at de har en større mulighet til å være fleksible overfor de unge voksne. Jeg tenker at det gir et større rom for brukermedvirkning og mulighet for å tilpasse tjenestetilbudet til hver enkelt.

Analysen og uttalelsen fra den ene ruskonsulenten, viser at det er noen gråsoner mellom Sosialmedisinsk poliklinikk og den kommunale rustjenesten. Det er ikke tydelige grenser mellom tjenestetilbudene og nivåene på alle områder. Samtidig så er flere av de profesjonelle tydelige på at det er et skille for hvem som driver behandling, og at det er spesialisthelsetjenesten som har behandlingsansvaret. Det kommer ikke frem hvilke kriterier behandlerne eller ruskonsulentene tenker må være innfridd for at det kan defineres som behandling. En fellesnevner som går igjen er at det relateres til at det skjer en endring eller bedring i den unges liv. Ruskonsulentenes arbeidspraksis beskrives som at den kan ha en behandlingsrettet karakter. Jeg tolker uttalelsene som at et av hovedkriteriene er konteksten som kontakten skjer i eller hvilken profesjon som utfører tjenestene. Jeg tenker

at verken behandlerne eller ruskonsulentene praktiserer fritt og uavhengig av konteksten de jobber i.

Flere av de profesjonelle nevner at de ser på behandling som en endring i positiv retning. Bedring blir også nevnt, men hvem definerer hva som er en bedringsprosess og hva er egentlig bedring eller tilfriskning? Ifølge Topor (2006), kan bedring bestå av mange ting, men det er personen som skal oppleve bedringen som er hovedaktøren. Min tolkning er at en bedringsprosess kan være noe mer og noe annet enn syk kontra frisk. Det er mange gråsoner i mellom. I henhold til recovery begrepet så handler det om å mestre egen hverdag. I sammenheng med bedring nevnes også endring. Endring er et begrep som blir brukt hyppig i sammenheng med bedring eller tilfriskning. Men hvordan skjer endring? Skjer det fra å ha en problematisk til å ha en uproblematisk atferd? Både behandlerne og ruskonsulentene har noen forventninger knyttet til hva de tenker et bedringsløp ser ut. Målet med den polikliniske behandlingen eller den polikliniske oppfølgingen er å oppnå et bedringsløp for den unge voksne som ruser seg. Men hvem definerer hvordan prosessen og målet skal se ut?

Hertz (2010), sier noe om at en diagnose i et transdisiplinært perspektiv kun er et øyeblikksbilde. Diagnosen settes også på et tidspunkt hvor for eksempel den unge voksne har det som vanskeligst. Sett ut ifra denne forståelsen vil det innebære at det er umulig å definere prognosen på forhånd og hvordan endringsprosessen vil se ut. De unge voksne må derfor ikke kun forstås ut ifra deres diagnose. Hvert individ vil også ha ulike prosesser i forhold til bedring og endring.

Felles for både behandlerne og ruskonsulentene er at de er profesjonelle hjelpere. Begge profesjoner jobber terapeutisk i forhold til endring og har som mål å bistå med at de unge voksne skal gjennomføre en endring knyttet til bruk av rusmidler. Ruskonsulentene definerer ikke sitt arbeid som behandling, men kan knytte deler av arbeidet til terapeutisk endringsarbeid. Behandlerne og ruskonsulentene har kjennskap til flere av de samme metodene, men har ulike funksjoner og ulike tilnærminger. Flere av behandlerne og ruskonsulentene i denne undersøkelsen hadde samme grunnutdanning og to hadde jobbet både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det kan bidra til at tankegangen og kunnskapen kan bli mer lik.

Både behandlerne og ruskonsulentene nevner motiverende intervju som en samtaleteknikk i forhold til de unge voksne. Motiverende intervju har gitt de profesjonelle yrkesutøverne et nytt språk og nye begreper. Det er ulik grad av om det brukes systematisk.

Endringsprosessen som ofte ligger til grunn ved motiverende intervju, kan forstås som en lineær forståelse. Det forventes at den som skal gjennomføre endringen er i ulike faser. Når de profesjonelle tar utgangspunkt i endringsprosessen til Prochaska og Diclemente, vurderer de hvor de unge voksne er i sin motivasjon og om de er klare for å jobbe med endringen. Det kan gjøre at de profesjonelle trekker slutninger om at bruker for eksempel er i forberedelsesfasen eller vedlikeholdsfasen, og med det legger føringer for hvordan den hjelpesøkende skal opptre. Det gir den profesjonelle hjelperen en forforståelse og noen forventninger.

På den andre siden så kan motiverende intervju også ses som en psykososial metode. Dette kommer blant annet frem i forhold til holdningssettet som ligger til grunn for metoden. Metoden tar utgangspunkt i brukermedvirkning og de unge voksnes ressurser. Verdien som den profesjonelle skal inneha ved bruk motiverende intervju er i tråd med en psykososial tilnærming.

Ikke møtt problematikken og ambulante tjenester

Analysen som ble gjort ved de Sosialmedisinske poliklinikkene i Østfold i 2006, viser at det er et kjent fenomen at en stor andel av de oppsatte pasientene ikke møter til timeavtale. En av behandlerne fra intervjuene sa at 18- 25 års gruppen har mer fravær enn de øvrige pasientene. Samtidig så viser analysen at de ikke kan knytte årsakene til at pasientene ikke møter til bestemte egenskaper. Generelle egenskaper ved pasientgruppen er en vanskelig livssituasjon, omfattende og sammensatt behov for hjelp og i tillegg kan motivasjonen for å motta behandling kan svinge.

Utfordringen ved at en stor andel av de unge voksne ikke møter eller uteblir etter noen avtaler blir tatt opp som en aktuell problemstilling ved poliklinikken. Behandleren stiller spørsmål ved om tradisjonell poliklinisk behandling er virksomt for de unge voksne. Det beskrives at forventningen til et vellykket behandlingsforløp er at den polikliniske behandling skal starte etter at kartleggingen er gjennomført og pågå frem til det konkluderes med at behandlingen er ferdig. Men hvem skal vurdere hva som er virksomt og hvor mange avtaler den unge voksne trenger for å ha utbytte av behandlingen?

Det kan undres om diagnose, prognose og behandlingsforløp settes på forhånd? Hva som er virksomt for den unge voksne burde henge sammen med vurderingen som legges til grunn når behandleren innvilger pasientrettighetene til behandling. Retten til nødvendig helsehjelp eller helsehjelp burde vært en del av samme sak. Begrepene som benyttes endres seg ut ifra hvilken kontekst de blir omtalt i. Behandleren innvilger pasientrettigheter ut ifra en vurdering at de unge voksne fyller kriteriene for poliklinisk behandling, samtidig som det også stilles spørsmål om det er virksomt for en andel av de unge voksne som avslutter behandlingen utenfor planlagt tidspunkt. Behandleren forholder seg til både en juridisk diskurs og en behandlingsdiskurs.

Samtidig så reflekterer også behandleren rundt at behandleren også har erfart at behandlingen kan oppleves som virksomt til tross for at den unge voksne slutter å komme før behandlingsforløpet formelt er avsluttet. Selv om behandleren ikke rakk å oppsummere behandlingen, var de samtalene som ble gjennomført det den unge jenta hadde behov for.

Hansen og Ramsdal (2006), oppsummerer evalueringen av ikke møtt problematikken, ved å forslå lavterskeltilbud eller ambulante tjenester, eventuelt i samarbeid med kommunene. Behandleren forteller at de har stilt spørsmål om ambulerende tjenester vil bidra til at poliklinisk behandling vil være mer virksomt for de unge voksne og forebygge at en så høy andel av de unge voksne uteblir. Veiledere og opptrappingsplanen anbefaler også mer oppsøkende virksomhet for de som ikke mestrer å møte ved et kontor. Tradisjonelt sett så har poliklinisk behandling blitt gjennomført fra et kontor.

Behandleren viser til at de har stilt spørsmål ved om de blir for kontorbaserte. Tilbakemeldingen behandleren får fra andre poliklinikker i Norge som har forsøkt en annen tilnærming, er at det ikke reduserer antall ikke- møtt. Behandleren sier at dersom det ville være mer virksomt, så vil behandleren ikke gjennomføre behandlingen fra kontoret, men jobbe mer ambulant. Behandleren sier at det er det behandleren også trives best med. Samtidig så sier behandleren at tilbakemeldingen er at de unge voksne ønsker å komme til et kontor for å få behandling og at de vil komme til noen som har mer kunnskap om temaene enn den unge voksne selv.

Analysen viser at verken behandlerne eller ruskonsulentene hadde restriksjoner mot å jobbe ambulerende og at de var fleksible i forhold til møtested. Den andre behandleren

påpeker at ambulante tjenester krever mer tid og at det hadde vært ønskelig med færre pasienter for å kunne tilby tettere oppfølging og ha et større handlingsrom. Alle ruskonsulentene forteller at de tilbyr samtaler utenfor kontoret. Ruskonsulentene som ikke jobbet i forhold til cannabisavvenning beskriver at de for eksempel er med de unge voksne rundt i forhold til det øvrige hjelpeapparatet og har et mer fleksibelt handlingsrom enn behandlerne.

Samarbeid internt og eksternt

Samarbeid vektlegges som en sentral arbeidsmetode i forhold til de unge voksne. Det er en enighet om at det er nødvendig med samarbeid og at verken behandlerne eller ruskonsulentene kan løse alt på egen hånd. Både behandlerne og ruskonsulentene beskriver at de samarbeider både internt og eksternt og begge oppgir hverandres tjenester som en sentral samarbeidspartner når de følger opp unge voksne som har tjenester fra begge nivåene. Det blir blant annet nevnt at terskelen for å ta kontakt er lav og ubyråkratisk.

Brukermedvirkning blir lagt til grunn som en forutsetning for at et samarbeid skal opprettes, ved at samarbeidet tar utgangspunkt i den unge voksne sine ønsker og behov. Ruskonsulentene beskriver at en del av deres arbeidsoppgaver består i å være koordinator for den unge voksne og ofte etableres det ansvarsgrupper. I forhold til å jobbe med cannabisavvenning, pågår oppfølgingen i en mer avgrenset tidsperiode, men også her oppgis mange sentrale samarbeidspartnere i forhold til både rekruttering og videre oppfølging i etterkant av endt kurs.

Ruskonsulentene koordinerer en del av ansvarsgruppen, behandlerne er en aktiv deltaker, og begge nevner bruk av ansvarsgrupper som en aktuell arbeidsmetode. Ansvarsgrupper blir nevnt blant flere når de referer til et godt fungerende samarbeid. Det er også en arbeidsmetode som står sentralt i de nye veilederne og som ble foreslått av Hansen og Ramsdal (2006), i deres evaluering.

Individuell plan er et verktøy som er sentralt i forhold til mennesker som mottar tjenester fra flere deler av hjelpeapparatet. Det kan både bidra til å sikre og lette arbeidet i de tilfellene hvor det er aktuelt å opprette en ansvarsgruppe. Retten til individuell plan er både hjemlet i lov og anbefalt av Helsedirektoratet. Det er kommunen eller NAV som har ansvar for å utarbeide planen. Samtidig er det ingen av de profesjonelle som nevner at det

benyttes individuell plan i forhold til de unge voksne. Noen av mine teorier kan være at de unge ikke ønsker en individuell plan, at samarbeidet fungerer så godt at de profesjonelle ikke vurderer at det er nødvendig å formalisere det ved bruk av en individuell plan.

Alternativt kan det også være at de unge voksne ikke får informasjon om muligheten for å utarbeide en individuell plan, at det ikke er mange nok instanser inne til at det fyller kriteriene for å få en individuell plan. I tillegg kan det være ressurskrevende å utarbeide, evaluere og oppdatere. Ut ifra punktene til hva en individuell plan skal inneholde, så kan det se ut som om ruskonsulentenes praksis er preget av at de jobber i henhold til intensjonen med en individuell plan uten at det er formalisert.

Både behandlerne og ruskonsulentene samarbeider mye internt i avdelingene. De jobber på tvers av kompetanseområder for å gi de unge voksne det beste tjenestetilbudet.

Behandlerne forteller at de forsøker ut nye måter å samarbeide på innad på kontoret, i forhold til den unge voksnes behandlingsønsker og for eksempel unge voksne som vurderes i forhold til legemiddelasisterende rehabilitering kombinert med poliklinisk behandling og innsøking til døgnbehandling. På intervjuetidspunktet jobbet ungdomsteamet med å avklare roller i teamet og hvordan de blant annet kan komme mer sammen om de unge voksne.

En av ruskonsulentene beskriver at hun har gjennomført egne tilbud til pårørende i form av foreldrekurs, og vektlegger pårørende som en viktig samarbeidspartner i forhold til de unge voksne. Det er individuelt blant både behandlerne og ruskonsulentene i hvilken grad pårørende involveres i behandlingen eller oppfølgingen. All kontakt må også avklares med de unge voksne når de har fylt 18 år.

Både behandlerne og ruskonsulentene tilbyr råd og veiledning til pårørende.

Ruskonsulentene beskriver at de for eksempel kan få henvendelser fra pårørende som for eksempel har barn som ikke har tjenester på henvendelsestidspunktet. Hos Sosialmedisinsk poliklinikk kan pårørende bli henvist og få egne pasientrettigheter i kraft av å være pårørende til et familiemedlem som ruser seg.

Pårørende blir ofte berørt når de har familiemedlemmer som ruser seg. Pårørende kan være en ressurs for de unge voksne, men det påpekes også at det kan være utfordrende hvis de unge voksne for eksempel har foreldre som også har et problematisk forhold til rusmidler eller har andre utfordringer. Det er viktig å kartlegge hvem de unge voksne har rundt seg,

og i hvilken grad pårørende kan være en ressurs. Samarbeid med pårørende trekkes frem i større grad og er en sentral anbefaling i nyere veiledere.

Psykososialt arbeid og en bio-psyko-sosial forståelse?

Rusmiddelmissbruk er vanskelig å behandle ved at det ikke er en metode eller tilnærming som passer for alle. Årsakene til at de unge voksne ruser seg kan være sammensatt og ulike. Morten Nissen (2014), referer til at narkomane har ulike disposisjoner: det kan for eksempel være tillært eller arvelig. Fellesnevneren er at de unge voksne bruker ulike rusmidler og at de i mer eller mindre grad har en innvirkning på hverdagen, deres fungering og relasjoner til andre. Rusreformen har ført til at rusproblemer kan forstås som en sykdomsdiskurs og at et rusmisbruk eller en rusavhengighet krever terapi eller behandling. Det gjør at de unge voksne automatisk får en status som pasienter.

Rusmiddelmissbruk kan som Ekeland (2004), refererer til være vanskeligere å behandle når det ikke er en konkret kroppsdel som er syk, men hele subjektet. Subjektets egen motivasjon og vilje er også sentralt i forhold til behandlingen. Bruk av rusmidler kan få flere følger utover sykdommen. Både behandlerne og ruskonsulentene nevner flere områder de kartlegger og behov de anerkjenner hos de unge voksne utover rusproblemene. De beskriver at det er flere forhold det kan være hensiktsmessig å jobbe med samtidig. Flere av områdene som nevnes er overlappende hos behandlerne og ruskonsulentene.

Behandlerne ved Sosialmedisinsk poliklinikk jobber i et system hvor rettighetene til behandling utløses i henhold til diagnoser. De har noen krav som må innfris i forhold til at de må se og vurdere de unge voksne som et objekt, samtidig som de også skal se og møte de unge voksne som et subjekt. En av behandlerne setter ord på denne kompleksiteten i forhold til sin rolle som behandler i spesialisthelsetjenesten.

Både behandlerne og ruskonsulentene starter med å kartlegge de unge voksne i kontaktetableringen. For ruskonsulentene som ikke jobber i forhold til cannabisavvenning vil tildelingskontoret ha gjennomført en kartlegging og gjort en vurdering av tjenestetilbudet. Samtidig så viser analysen at tjenestene utformes med utgangspunkt i den unge voksne. Cannabisavvenningstiltaket benytter faste kartleggingsskjemaer, de andre ruskonsulentene vurderer det individuelt. Begge behandlerne nevner at kartleggingsskjemaet ADAD benyttes i forhold til de unge voksne, og at poliklinikken etterstreber å kartlegge alle i aldersgruppen 18 – 23 år som får tjenester ved poliklinikken.

Kartleggingsskjemaet blir beskrevet som et verktøy som kartlegger hele mennesket og ikke bare rusmiddelmissbruk.

Analysen viser at både behandlerne og ruskonsulentene jobber med flere sider av de unge voksne samtidig. Det er flere elementer som gjenspeiler at behandlerne og ruskonsulentene jobber psykososialt med de unge voksne. Utviklingen ved Sosialmedisinsk poliklinikk gjenspeiler at behandlerne også ser på de unge voksne fra et bio-psyko-sosialt ståsted, ved at de kartlegger bredt og er opptatt av å tenke flere tjenester eller tiltak parallelt med behandlingen. Behandlers forståelse er at ADAD sikrer tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ruskonsulentene viser også at de har et bredt fokus i møte med de unge voksne, og at de gjerne jobber på flere arenaer samtidig. En del av arbeidet til to av ruskonsulentene går ut på å bistå med å koordinere når det er flere tjenester eller aktører som arbeider parallelt i forhold til de unge voksne.

Hertz (2010), referer til at hvis vi som profesjonelle åpner opp for nye forståelser, vil det gi oss noen nye muligheter. Hvis behandlerne og ruskonsulentene ser utover rusmiddelmissbruket, sykdommen eller diagnosen, vil de se flere muligheter enn hvis de kun reduserer de unge voksne til en kategori. Det vil kunne åpne opp for et større handlingsrom og også andre muligheter for de unge voksne.

I analysen fremkommer det under flere temaer at behandlerne og ruskonsulentene ser på de unge voksne som noe mer utover rusmiddelmissbruket. De er også opptatt av at de unge voksne skal være en aktiv part og være med på å forme tjenestetilbudet og komme med sine synspunkter og egen forståelse av sin situasjon.

Behandlerne og ruskonsulentene samarbeider både på tvers av profesjoner og sammen med andre med samme profesjon internt og eksternt. Det er flere praksiseksempler som viser at det er en arbeidsmetode eller tilnærming som er sentral i forhold til de unge voksne. Både behandlerne og ruskonsulentene har en forståelse av at samarbeid med andre er nødvendig for å hjelpe de unge voksne. De unge voksne vektlegges som en sentral samarbeidspartner, om ikke den aller viktigste.

Selv om verken behandlerne eller ruskonsulentene setter ord på kunnskapen som utvikles i samhandlingen med de unge voksne eller andre aktører, så viser praksiserfaringene at de

har erfart at det gir mening i forhold til arbeidet de utfører. En del av kunnskapen de har opparbeidet seg er oppnådd i samarbeidet med de unge voksne. De profesjonelle som ikke jobber i forhold til cannabisavvenning har heller ingen fast mal de går etter utover å kartlegge, men tilpasser den polikliniske behandlingen eller oppfølgingen i samråd med de unge voksne. De har noen fellesnevner de tenker er sentrale i forhold til å jobbe med unge voksne som ruser seg, men flere vektlegger at de er forskjellige. Det viser seg også når de profesjonelle skal beskrive kjennetegn ved de unge voksne. Det er kun cannabisavvenningskursene som følger et fast regime i forhold til en avgrenset problematikk, men hvor deltakerne vil være en aktiv part i forhold til å forme kurset med sin deltakelse.

Stenner og Taylor (2008), referer til at det har skjedd en endring i samfunnet i forhold til hvordan vi ser på velferd. De fremmer en teori om at begrepet «psyko» er likestilt med begrepet «sosial» når vi omtaler velferd og referer til psykososial velferd. Det psykososiale perspektivet praktiseres gjennom en transdisiplinær tilnærming. Samarbeid på tvers av fagdisipliner er ikke nok i seg selv for å ha en transdisiplinær tilnærming, men noe som også må ligge til grunn. Stenner og Taylor beskriver endringene i samfunnet og hvorfor den psykososiale tilnærmingen til velferd oppstod. Behandlerne og ruskonsulentene reflekterer rundt det Stenner og Taylor omtaler i intervjuene, ved at de tenker at det er behov for flere tilnærminger og fagdisipliner for å møte de unge voksne som ruser seg. De beskriver også flere viktige kunnskapsområder og at en behandler eller en ruskonsulent må inneha bred kompetanse på flere områder.

AVSLUTNING

Gjennom arbeidet med masteroppgaven har jeg møtt flere engasjerte og dedikerte mennesker som gjør en betydningsfull og god arbeidsinnsats i forhold til unge voksne som ruser seg. Det har vært viktig for meg å løfte frem deres stemmer og anerkjenne kompetansen og kunnskapen både behandlerne og ruskonsulentene har opparbeidet seg gjennom sine praksiserfaringer i møtet med de unge voksne.

Et spørsmål jeg har stilt meg underveis i undersøkelsen er hvordan dataene ville blitt hvis jeg hadde spurt de unge voksne som ruser seg om deres praksiserfaringer fra møtet med hjelpeapparatet. Hva ville de unge voksne vektlagt og hvordan ville de ha beskrevet de profesjonelle hjelperne, deres roller og arbeidspraksis? Det kan være at svarene ville vært annerledes enn sett fra de profesjonelle sitt ståsted.

Rusbehandling er et komplekst felt som er sammensatt av flere vitenskapsdisipliner. Det krever at mange yrkesgrupper må jobbe sammen om problematikken. Jeg var på et foredrag med Henrik Rindom 18.09.14. Henrik Rindom er dansk overlege og psykiater som foreleste om behandling av unge hasjmisbrukere. Han avsluttet sitt foredrag med:

«Ingen faggruppe kan løse oppgavene alene. Vi trenger tverrfaglig samarbeid»

Jeg syntes at sitatet gjenspeiler praksiserfaringene fra behandlerne og ruskonsulentene. Det er også i tråd med en psykososial arbeidspraksis. Samarbeid internt og eksternt er en viktig og sentral arbeidsmetode som blir nevnt av behandlerne og ruskonsulentene. Både samarbeid mellom samme profesjon, på tvers av profesjoner og med de unge voksne.

Behandlerne og ruskonsulentene legger vekt på individuelt tilpassede tjenester, en helhetlig tilnærming, en relasjon som er basert på tillit, at de unge voksne blir sett og at det formidles håp og tro på at endring er mulig. Dekker dagens hjelpetilbud alle delene? Har vi de verktøyene som trengs tilgjengelig, både før under og etter behandling? Eller skulle vi hatt enda flere metoder eller tiltak tilgjengelig for de unge voksne?

Det er en kontinuerlig prosess å sikre gode tjenester. Ingenting er statisk og alt som er skapt av mennesker er mulig å forandre. Samfunnet vi lever i er i kontinuerlig utvikling.

Det finnes ikke en fasit for hva som er riktig tjenester eller hjelp for unge voksne som ruser seg og perspektivet er komplekst. Hjelpen som gis må evalueres underveis og tilpasses i tråd med samfunnsutviklingen. Rusproblemer har eksistert lenge i Norge, men det norske samfunnet har utviklet seg. Stenner og Taylor (2008) sier blant annet noe om dette i forhold til hvordan synet på velferd har endret seg de siste tiårene. Ett av områdene vi som profesjonelle har mulighet til å forandre på er hvordan vi utøver vår profesjonelle yrkesrolle og hvordan vi responderer på problemene som blir presentert for oss.

Jeg har i denne undersøkelsen sett på hvordan behandlere og ruskonsulenter oppfatter sitt arbeid knyttet til unge voksne som ruser seg. Undersøkelsen viser at det profesjonelle handlingsrommet øker. Analysen viser at både behandlerne og ruskonsulentene har rettet blikket utover, og at de fokuserer på flere elementer og områder i de unge voksnes liv. De ser ikke kun utfordringene knyttet til rusbruk. Analysen gjenspeiler at det profesjonelle handlingsrommet er i endring. Både behandlerne og ruskonsulentene er i ferd med å skape nye arbeidspraksiser, som ikke kun er knyttet til det bio- dynamiske. Det profesjonelle rommet er i ferd med å utvide seg.

Både behandlerne og ruskonsulentenes arbeidspraksis har flere elementer som peker i retning av en transdisiplinær praksis. Analysen viser at det har skjedd en utvikling og at det dreier mot en transdisiplinær tilnærming. Verken behandlerne eller ruskonsulentene er der i dag, men det er tydelig at feltet er i bevegelse. Behandlerne og ruskonsulentene har flere beskrivelser av deres arbeidspraksis som er i tråd med et psykososialt perspektiv.

Rusproblematikken defineres ikke kun til å omhandle helse, men ses i sammenheng med andre områder i de unge voksnes liv. Hertz (2010), er opptatt av mulighetene som kan oppstå ved samarbeid, for eksempel mellom de unge voksne og de som er rundt dem. Begge profesjoner er opptatt av å ha de unge voksne i sentrum og utvikle tjenestene i samråd med dem. Samarbeid oppgis som en hyppig anvendt arbeidsmetode. Det legges også vekt på mulighetene som kan oppstå i fellesskap med andre profesjoner.

Sosialmedisinsk poliklinikk har tradisjonelt sett hatt et mer avgrenset mandat enn hva den kommunale rustjenesten har hatt. Spesialisthelsetjenesten har vært assosiert med behandling for en sykdom eller lidelse, som utløses av en diagnose. Kommunen har i større grad jobbet ut ifra fungering og hvordan rusen påvirker flere områder i de unges liv. Analysen viser at det skjer en dreining i feltet og i arbeidspraksisen og at utviklingen er

positiv for de unge voksne. Selv om utfordringene knyttet til bruk av rusmidler er inngangsbilletten de unge voksne har for å få tjenester hos både Sosialmedisinsk poliklinikk og rustjenesten, så betyr ikke det at behandlerne og ruskonsulentene kun må ha blikket rettet mot rusen. Rusbehandling er sammensatt og komplekst, og det er flere faktorer som kan være avgjørende for hva som hjelper den enkelte (Skærbæk og Nissen, 2008, kap.7, s.142).

Jeg syntes at dreiningen innenfor spesialisthelsetjenesten er spennende. Målet er ikke at tjenestetilbudet hos Sosialmedisinsk poliklinikk og rustjenesten skal bli likt, men det er interessant hvordan forståelsen av de unge voksne som ruser seg og arbeidet knyttet til ungdom er samstemt på flere områder.

Analysen viser at det er mange fellesnevner, men også noen ulikheter i hva behandlerne og ruskonsulentene har erfart og vektlegger som viktig. Vi blir alle preget av menneskene vi møter og feltet vi jobber i. Selv om arbeidsmetoder endrer seg, tenker jeg at holdningssettet og verdiene til de profesjonelle vil være like aktuelle. Verdier og holdninger er et grunnleggende verktøy i den profesjonelle kompetansen og noe som vil være like aktuelt uavhengig av hvem den hjelpesøkende er, hva de presenterer eller hvem de profesjonelle representerer.

Betydningen av relasjonen mellom den profesjonelle og den unge voksne er en avgjørende faktor som går igjen i forskning, faglitteratur og i intervjuene med behandlerne og ruskonsulentene. Før behandlingen eller den polikliniske oppfølgingen kan iverksettes, må det skapes en relasjon. Relasjonen skapes blant annet gjennom å vise den andre respekt og tillit.

Overgangen fra ung til voksen er en sårbar periode hvor det er mange risikofaktorer. Til tross for at flertallet av de unge voksne i dagens samfunn mestrer overgangen og kravene som stilles, er det viktig å sikre gode tjenester for de som faller utenfor for eksempel skole og arbeidsliv eller forebygge at de kommer dit. Både behandlerne og ruskonsulentene bør ha blikket rettet mot begge grupper. Forebygging og tidlig intervensjon på rusfeltet er et satsningsområde, og det øremerkes egne ressurser til arbeid med unge voksne som ruser seg. Samtidig så viser nyere forskning en urovekkende utvikling i forhold til risikofaktorer blant dagens unge. BrukerPlan undersøkelsen indikerer også at det er flere av de unge som ikke blir fanget opp i hjelpeapparatet.

Undersøkelsen viser at det er mye viktig kunnskap og kompetanse blant «fotfolket». Resultatene kan være et utgangspunkt for videre forskning og et bidrag ved for eksempel etablering av nye tjenestetilbud for unge voksne. Jeg har som tidligere nevnt ikke data som kan si noe om hva som er «riktig» fremgangsmåte for å lykkes i arbeidet med unge voksne som ruser seg. Vi kan finne mange svar ved bruk av kvalitative metoder og det finnes flere sannheter. Når vi erkjenner den andre som et subjekt vil det være individuelle faktorer som spiller inn på hva som kan oppleves som rett hjelp for den enkelte, og den unge voksne må selv eie hvordan endringsprosessen skal se ut. Det er uansett viktig og kontinuerlig styrke den profesjonelle kompetansen og gi de profesjonelle rom for å utvikle seg faglig. Analysen viser at både språket og forståelsen endrer seg i rusfeltet, og at de unge voksne sees ut ifra et sosialt, medisinsk og psykologisk perspektiv.

Litteraturliste

- Aadland, Einar (2011). «Og eg ser på deg». *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Barth, Tom og Nasholm, Christina (2007). *Motiverende samtale- MI. Endring på egne vilkår*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Borg, Marit og Alain Topor (2013). *Virksomme relasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget
- Bruner, Jerome (1999). *Mening i handling*. Århus: Klim.
- Dagens Næringsliv (2014). *Ungdommen er ikke lat*, artikkel av Bjørnstad Roger. (Magasinet på nett). 24.september. Hentet 09.11.2014, fra <http://www.dn.no/meninger/debatt/2014/09/24/2053/konomi/ungdommen-er-ikke-lat>
- Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (2014). *Europeisk narkotika rapport. Trender og utvikling*. Luxembourg: Den europeiske unions publikasjonskontor.
- Fransson, Elisabeth (1996). *Rom for jenteliv. En sosiologisk studie av relasjoner i en barneverninstitusjon*. NOVA: Avd. Barnevernets Utviklingscenter.
- Fekjær, Hans Olav (2009). *RUS. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Goffman, Erving (1992). *Vårt rollespill til daglig*. Larvik: Preutz Grafiske AS.
- Hammer, Torhild & Hyggen Christer. (2013). *Ung voksen og utenfor. Mestring og marginalitet på vei til voksenlivet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, Gunnar Vold og Ramsdal Helge (2006). «Ikke møtt», *en analyse av sosialmedisinsk poliklinikkens konsultasjonspraksis*. Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport. Halden: Allkopi.
- Helsedirektoratet (2009). Veileder. *Fra bekymring til handling- en veileder om tidlig intervensjon på rusfeltet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2012). Rapport. *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste på rehabiliteringsområdet*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 09.11.2014, fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/avklaring-av-ansvars--og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet/Publikasjoner/avklaring-av-ansvars-og-oppgavedeling-mellom-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-pa-rehabiliteringsområdet.pdf>
- Helsedirektoratet (2012). Veileder. *Prioriteringsveileder. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 09.11.2014, fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringsveileder-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Publikasjoner/IS-2043.pdf>

- Helsedirektoratet (2014). Veileder. *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Opptrappingsplan. Opptrappingsplan for rusfeltet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Stortingsmelding 30. *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse Stavanger (2014). *Rusmiddelmisbruk i Norge. BrukerPlan- statistikk 2013*. Stavanger universitetssjukehus: Helse Stavanger. Hentet 09.11.2014, fra <http://www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/regionalt-kompetansesenter-for-rusmiddelforskning/Documents/Brukerplan/2014/BrukerPlan-statistikk2013.pdf>
- Hertz, Søren (2010). «There is a crack in everything, that's how the light gets in». I Brinkmann, S. (red). *Det diagnostiserte liv- sykdom uten grenser*. Aarhus: Klim.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i Samfunnsvitenskapelig metode*. 2. Utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jevne, Tove Kristin (2009). *Rusbehandling- motiverte behandlere? En studie om hvilke faktorer som fremmer motivasjon blant behandlere innen rusbehandling*. (Masteroppgave, Universitetet i Oslo). Hentet 09.11.2014, fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28384/MasteroppgavexTovexKristinxJevne.pdf?sequence=2>
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvalem, Ingela Lundin og Wichstrøm Lars (2007). *UNG I NORGE. Psykososiale utfordringer*. Oslo: J.W Cappelens Forlag AS.
- Lossius, Kari (red) (2012). *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). (2011). Hentet 09.11.2014, fra <http://www.lovdatabasen.no/all/hl-20110624-030.html>
- Lundquist, Thomas og Ericsson, Dan (2007). *Ud af hashmisbrug*. Oversat og bearbejdet af Juel Jensen Hanne og May, Jakob. Århus: Clemenstrykkeriet A/S.
- Malterud, Kirsti. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3. Utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Molander, Anders og Terum, Lars Inge (red) (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilssen, Vivi (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk rikskringkasting AS (2014). *Rusforskningen fanger ikke opp unge under 20 år, artikkel 11.september*. Hentet 19.09.2014, fra http://www.nrk.no/norge/_-rusforskningen-er-mangelfull-1.11927781

- Nutt David, King Leslie A., Saulsbury William og Blakemore Colin (2007). *Development of a rational scale to assess the harm of drugs og potential misuse*. Lancet. Hentet 09.11.2014, fra http://www.antonioacasella.eu/archila/NUTT_2007.pdf
- Repstad, Pål (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Repstad, Pål (2014). *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- SIRIUS rapport 6/2013. *Bruk av tobakk, rusmidler og vanedannende legemidler i Norge*. Hentet 09.11.2014, fra http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/sirusrap.6.13.pdf
- Skærbæk, Eva og Nissen, Morten (red) (2014). *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, Finn, Haugsgjerd Svein og Stanicke, Erik (2010). *Psykatrieboken. Sinn- kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Statistisk sentralbyrå. *Tabell: 07242: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Døgnplasser og oppholdsdøgn, etter helseregion. Tabell: 07245: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Polikliniske konsultasjoner, etter helseregion*. Hentet 22.10.2014, fra <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveselections.asp>
- Stenner og Taylor. (2008): Psychosocial welfare: Reflections on an emerging field. I: *Critical Social Policy* 2008; 28; 415. Sage.
- Topor, Alain (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Ulvestad, Asbjørn Karki., Henriksen Arne Kristian., Tuseth, Anne- Grethe & Fjeldstad Tor (Red.) (2007). *Klienten- den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vagle, Solveig (2011). *OPPFØLGING- bare et begrep eller innhold og mening? En kvalitativ studie av ungdom mellom 18- 25år som har boligsosial oppfølging*. (Masteroppgave, Universitetet i Stavanger). Hentet 09.11.2014, fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/185019/Masteroppgaven?sequence=1>
- Verdens Gang (2014). «*Debatt i kveld: Tre av ti jenter stresser seg syke*», artikkel av Johannesen, Christine Rian & Kreutz- Hansen, Hanne. (Magasinet på nett), 16.september. Hentet 27.09.2014, fra <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/oppvekst/debatt-i-kveld-tre-av-ti-jenter-stresser-seg-syke/a/23296407/>
- Vågan, Andre og Grimen, Harald (2008). *Profesjoner i makteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1047
N-2007 Bergen
Noreg
Tel: +47 55 58 33 77
Fax: +47 55 58 50 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 985 321 884

Petter Andre Arvesen
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Østfold
Remmen
1757 HALDEN

Vår dato: 29.11.2013

Vår ref: 36405 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.11.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>36405</i>	<i>En kvalitativ studie av behandleres og ruskonsulenters erfaring fra arbeid med unge voksne som russer seg.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Østfold, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Petter Andre Arvesen</i>
<i>Student</i>	<i>Veronica Sivertsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Arkivgjennomgang: 2016/01/09/10

© NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 35 12 11, nsd@nsd.uib.no
© NSD/Media NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7800 Trondheim. Tel: +47 73 33 18 00, kare.sandveit@ntnu.no
© NSD © 1993-2011, Universitetet i Tromsø, 9000 Tromsø. Tel: +47 77 51 41 00, nsd@hsk.ntnu.no



Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Østfold sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 15.11.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Vedlegg 2

Informasjon om forskningsintervju

Prosjekt: En kvalitativ undersøkelse av behandleres og ruskonsulenters arbeid med unge voksne som ruser seg.

Ansvarlig: Veronica Sivertsen

Veileder: Petter Arvesen

Studiested: Høgskolen i Østfold

Studieretning: Master i psykososialt arbeid

Jeg er student ved mastergradsstudiet i psykososialt arbeid ved Høgskolen i Østfold. Bakgrunnen for gjennomføringen av forskningsarbeidet er masteroppgaven i psykososialt arbeid.

I den forbindelse vil jeg gjennomføre en kvalitativ studie og søker et utvalg bestående av ansatte ved en Sosialmedisinsk poliklinikk og en kommunal rus og psykisk helsetjeneste. Jeg ønsker å intervju minimum tre informanter fra hver arbeidsplass. Kriterier: erfaring fra å jobbe med ungdom i alderen 18-23 år som har henvendt seg til hjelpeapparatet på grunn av problematisk bruk av rusmidler. Jeg er opptatt av hvordan du personlig tenker, praktiserer og hva dine praksiserfaringer knyttet til ungdom som ruser seg i alderen 18-23 år.

Aktuelle temaer under intervjuet vil være;

- Ditt formelle ståsted, bakgrunn og utdanning.
- Synspunkter knyttet til brukergruppen og deres behov
- Erfaringer fra praksis
- Behandlingsbegrepet
- Samhandling/samarbeid
- Kompetanse
- Organisering av tjenestetilbud

Intervjuet vil ta omlag 1- 2 timer. Det vil bli brukt båndopptaker under intervjuet dersom det samtykkes til dette. Intervjuet vil i etterkant bli transkribert i sin helhet og inngå i datamaterialet som skal ligge til grunn for forskningsprosjektets analyse og drøfting. Jeg vil be om tillatelse til å kunne gjengi sekvenser eller sitater fra mitt intervju med deg i oppgaven. Eventuelle sekvenser eller sitater som blir gjengitt vil bli anonymisert og gjengitt slik at de i minst mulig grad skal bli gjenkjent av andre.

Jeg tar sikte på å gjennomføre intervjuene i tidsrommet 1.1.2014- 28.2.2014.

Jeg vil også be om tillatelse til at min veileder kan få tilgang til å lese det transkriberte materialet dersom det er nødvendig eller ønskelig. Dataene, lydbånd og det skriftlige materialet vil bli behandlet i henhold til Datatilsynets regler for oppbevaring og sletting av forskningsdata. Du vil når som helst ha anledning til å trekke deg fra deltakelsen i studien. Dersom du ønsker det kan du få tilsendt en kopi av transkripsjonen fra intervjuet. Dersom det er aktuelt å presentere noen sekvenser eller sitater fra ditt intervju kan du også om ønskelig få tilsendt dette når råutkastet til oppgaven er ferdig.

Oppgaven skal være innlevert til Høgskolen i Østfold innen 14.11.2014. Du vil få tilbud om å få tilsendt oppgaven elektronisk når den er ferdigstilt.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Dersom du ønsker ytterligere informasjon kan jeg kontaktes på telefon 916 92 220 eller via mail: vesi@hiof.no.

Fredrikstad, dato år

Veronica Sivertsen

Vedlegg 3

SAMTYKKEERKLÆRING

Prosjekt: «En kvalitativ undersøkelse av behandleres og ruskonsulenters arbeid med unge voksne som ruser seg».

Ansvarlig: Veronica Sivertsen

Veileder: Petter Arvesen

Studiested: Høgskolen i Østfold, avd. for helse og sosialfag.

Studieretning: Master i psykososialt arbeid

Jeg bekrefter å ha lest informasjonen om forskningsprosjektet: En kvalitativ undersøkelse av behandleres og ruskonsulenters arbeid med unge voksne som ruser seg. Jeg samtykker til følgende:

- Deltakelse i intervju i hht. informasjon om forskningsprosjektet
- Tillatelse til at intervjuet blir tatt opp på lydbånd
- Tillatelse til at intervjuet blir transkribert
- Tillatelse til at sitater eller sekvenser fra intervjuet blir brukt i masteroppgaven
- Tillatelse til, at dersom det er ønskelig eller nødvendig, at veileder kan lese igjennom det transkriberte intervjuet

Prosjektperioden vil vare frem til 31.12.2014. Under prosjektperioden vil lydopptak bli transkribert og oppbevart på en datamaskin med passordbeskyttet tilgang. Datamaterialet vil bli slettet når prosjektperioden er over.

Jeg bekrefter også at jeg gjennom informasjonsskrivet er gjort kjent med at jeg når som helst kan trekke meg fra forskningsprosjektet.

Dato

Sted

Navn- informant

Vedlegg 4

Intervjuguide

Presentasjon av bakgrunn og mål med prosjektet

Personalia

- Navn
- Arbeidssted

Tjenestetilbud

Kan du fortelle litt om din utdanning og nåværende stilling?

Du representerer en del av hjelpeapparatet for personer med rusproblemer. Kan du si noe om hvordan det fungerer for en ungdom i alderen 18-23 år som henvender seg til dere?

- Hvilke tjenester kan dere tilby?
- Hvordan blir tjenestene vurdert og eventuelt innvilget?
- Hvor tilgjengelig opplever du at tjenestene/tilbudet er for ungdommene?
- Hvilke tjenester har ungdom som ruser seg krav på i henhold til lovverket din arbeidsplass jobber etter?

Organisering

Kan du fortelle om hvordan arbeidet med ungdom er organisert på din arbeidsplass?

- Fordeling av arbeidsoppgaver?
- Hvordan opplever du at fokuset er på denne brukergruppen?
- Hvordan er arbeidet forankret?

Brukergruppe

Kan du fortelle om en typisk ungdom i alderen 18-23 år som mottar tjenester/oppfølging fra deg?

Er det en brukergruppe som er mer representert enn en annen av ungdommene dere kommer i kontakt med?

- Hvilke eller hvilket rusmiddel er mest representert?

Er det en gruppe med ungdom som dere ikke møter per i dag, men som dere tenker at dere burde/ønsker å komme i kontakt med?

- Årsaker?
- Mulige tiltak?

Behov

Kan du gi en beskrivelse av behov som blir meldt fra brukerne?

Hvordan opplever du at du får møtt behovene som blir meldt?

- Er det samsvar mellom brukernes behov/etterspørsel og tjenestene som gis?

- Hvilke behov har du eventuelt erfart at du ikke har kunnet imøtekomme?
Eksempler?
- Hva skjer med behovene som blir meldt som din tjeneste ikke kan imøtekomme?

Tilnærming

Hva legger du vekt på i møte med en ungdom som ruser seg?

Kan du si litt om hvilken tilnærming du benytter ovenfor denne brukergruppen?

- Hva har du erfart fungerer?
- Hva har eventuelt ikke fungert?
- Hvorfor tenker du at det er slik?
- Individuell kontra en gruppebasert tilnærming?
- Tilstrebes en individuell tilnærming. I så fall hvorfor?

Behandling

Hva legger du i begrepet behandling?

Jobber du behandlingsrettet? I så fall hvordan kommer det til uttrykk i jobben du gjør?
Eksempler?

Samhandling

Hva legger du i begrepet samhandling?

Hvordan vurderer du behovet for samhandling vedrørende denne brukergruppen?

- Hvem er aktuelle samarbeidspartnere?

Hvordan opplever du at samhandlingen fungerer?

- Hva fungerer?
- Hva fungerer eventuelt ikke?
- Forslag til forbedringer?

Hvordan fungerer samarbeidet med tildelingskontoret? (Gjelder de ansatte ved avd. rus og psykisk helsearbeid)

Kompetanse

Har ulike profesjoner ved avdelingen ulike roller? I så fall hvordan kommer det til uttrykk i arbeidet dere utøver?

Opplever du at arbeidsplassen legger til rette for kompetanseheving?

Suksessfaktorer

Hva opplever du er de viktigste suksessfaktorene/tiltakene for å hjelpe unge voksne som ruser seg?

Hva er eventuelt de største utfordringene/hindringene?

- Mulige tiltak?

- Avsluttende oppsummering av hovedpunktene som har kommet frem under intervjuet.

Har du noe å spørre om eller tilføye før vi avslutter?