



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Institutt for helse og omsorgsfag

Ungdoms erfaringer med rusoppfølging fra helsesykepleier

En intervjustudie

Linda Pedersen

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning helsesykepleie. HEL-3964 november 2022. Antall ord: 22381

Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn	2
1.2	Helsesykepleie til ungdom under rusoppfølging.....	4
1.3	Problemstilling og forskerspørsmål.....	5
1.4	Hensikt og formål med studien.....	6
1.5	Begrepsavklaringer.....	6
1.6	Oppgavens disposisjon	6
2	Tidligere forskning.....	7
2.1	Nasjonal forskning.....	7
2.2	Internasjonale studier.....	11
2.3	Kildekritikk.....	12
3	Teoretiske perspektiver	14
3.1	Helsefremmende og forebyggende arbeid.....	14
3.1.1	Salutogenese.....	14
3.1.2	Empowerment	16
3.1.3	Rusmiddelforebyggende arbeid rettet mot ungdom.....	17
3.2	Makt, maktforhold og omsorg.....	18
3.2.1	Omsorg.....	19
3.3	Samtaler med utsatte barn og unge.....	19
4	Metode.....	21
4.1	Valg av forskningsmetode	21
4.2	Vitenskapsteoretisk forståelse	22
4.3	Utvalg og rekruttering av deltakere.....	23
4.4	Datainnsamling.....	24
4.4.1	Intervjuguiden	24
4.4.2	Gjennomføring av intervju.....	25

4.5	Transkripsjon	25
4.6	Analysemetode	26
4.7	Forskningsetiske vurderinger	28
4.8	Gyldighet og pålitelighet	30
5	Resultater.....	32
5.1	Fast helsesykepleier gir kontinuitet og trygghet.....	32
5.2	Betydningen av god og riktig informasjon	34
5.3	Respekt og likeverd	35
5.4	Diskresjon og fleksibilitet.....	36
5.5	Omsorgens ulike sider	37
6	Diskusjon.....	39
6.1	Helsesykepleiers faglige ståsted og ansvar for ungdom under rusoppfølging	39
6.1.1	Helsesykepleiers tilnærming – helhetlig og mangesidig.....	40
6.1.2	Betydningen av samtaler om nære relasjoner og sosialt miljø.....	44
6.1.3	Betydningen av helsesykepleiers formidling av kunnskap	47
6.1.4	Helsefremmende dialog.....	48
6.1.5	Samarbeid med foreldre og andre instanser	50
6.2	Faglig skjønn, hjelp og kontroll.....	51
6.2.1	Faglig skjønn og etiske dilemmaer.....	51
6.2.2	Maktforhold i relasjonen	53
6.2.3	Tillit og makt.....	56
6.3	Metodediskusjon.....	57
7	Avslutning	58
7.1	Oppsummering	58
7.2	Oppgavens begrensninger.....	59
7.3	Videre forskning	59
7.4	Relevans for praksis.....	59

Referanseliste	60
Vedlegg 1	67
Vedlegg 2	70
Vedlegg 3	74
Vedlegg 4	81
Vedlegg 5	89
Vedlegg 6	91

Figurliste

Figur 1 Bilde som illustrerer spiralen som representerer læringen knyttet til helse.....	16
--	----

Tabelliste

Tabell 1 utdrag fra tabell med koder, reviderte koder og temaer.....	28
--	----

Forord

Arbeidet med denne mastergradsoppgaven har til tider vært ensomt og krevende, men mest av alt har det vært en lærerik og faglig utviklende prosess for meg. Jeg er takknemlig og ydmyk for at jeg fikk muligheten til å gjennomføre denne studien. Det er mange jeg ønsker å rette en takk til, noe jeg vil benytte dette forordet til.

Først og fremst vil jeg takke de seks ungdommene som var så raus å stille opp på sin fritid for å komme på intervju med meg. Hver og en av dere har bidratt med unike erfaringer, som har lagt grunnlaget for det empiriske materialet i denne studien. Stemmene deres er av stor verdi – da, nå og i fremtiden. Møtene med dere rørte ved meg. Dere er flotte ungdommer og jeg heier på hver og en av dere!

Jeg ønsker også å rette en stor takk til helsesykepleierne ved senteret som tok seg tid til møter med meg i en hektisk arbeidshverdag, og hjalp meg med rekruttering til studien. Jeg setter stor pris på hjelpen fra dere.

Videre vil jeg takke min veileder, Ellinor Beddari ved UiT Norges Arktiske Universitet. Takk for alle faglige og konstruktive tilbakemeldinger, og for at veiledningene alltid gav meg «boosten» som var nødvendig for det videre arbeidet. Din tålmodighet og støtte har vært av stor betydning. Hjertelig takk!

Jeg vil også gjerne takke min leder ved Kvaløysletta Helsestasjon, Mary-Line Mikalsen. Ditt engasjement og dine oppmuntrende ord har betydd mye. Du har gitt rom for en fleksibilitet og tilrettelegging av arbeidshverdagen som har vært helt avgjørende for meg den siste tiden. Tusen takk!

Takk til Eva-Lisa og Rune for korrekturlesing og nyttige tilbakemeldinger.

Til slutt vil jeg takke min kjære gjeng: Linnea, Aigin og Raymond. Takk for alt dere er og gjør. Dere er de fineste jeg vet om, og nå gleder jeg meg vilt til å fortsette hverdagen sammen med dere.

Linda Pedersen

Tromsø, november 2022

Sammendrag

Bakgrunn: Denne studien handler om helsesykepleiers arbeid med ungdom som er under rusoppfølging. En helsesykepleier er spesialisert på helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge, og dette kan blant annet favne rusoppfølging av ungdommer. Denne studien utforsker ungdommene sine erfaringer med rusoppfølgingen de har fått fra helsesykepleier.

Problemstilling: Hvordan forstås helsesykepleiers profesjonsutøvelse ut fra de erfaringer ungdom under rusoppfølging har?

Teori: Perspektiver på helsefremmende og forebyggende arbeid, makt og omsorg, samt perspektiver på samtaler med utsatte barn og unge.

Metode: Det ble gjort seks kvalitative intervju med ungdommer under rusoppfølging. Intervjuene ble gjort med utgangspunkt i en intervjuguide, og ble analysert med tematisk analyse.

Resultat: Funnene fra studien viser at ungdom ble møtt med vennlighet, imøtekommenhet, forståelse, støtte og respekt, som bidro til å skape trygghet og tillit i relasjonen mellom ungdommene og helsesykepleier. Dette førte til at ungdommene kunne stole på helsesykepleier, og kunne snakke med henne om alt. Det fremkom også at omsorg og forståelse for dagliglivets vansker var av betydning. Videre viser funnene at gjennom å utøve faglig skjønn i rusoppfølgingssituasjonen bidro helsesykepleier til å redusere ubehaget for ungdommene med å avlegge rusprøver. Det fremstår som at kontrolldimensjonen i oppfølging av rusrelatert adferd ble forsøkt redusert og at helsesykepleier har vært bevisst maktforholdet som er til stede i en rusoppfølgingskontekst. Enkelte av ungdommene uttrykte at jevnlig oppmøte til rusoppfølging var slitsomt, og for noen hadde oppfølgingen medført mye fravær fra arbeid og skole. For ungdommene var det viktig at helsesykepleier hadde vært fleksibel når det gjaldt timeavtalene. Det ble imidlertid satt pris på samtalene med helsesykepleier. Samtalene var noe de så fram til, og enkelte beskrev oppfølgingen som en opptur i uken.

Konklusjon: Funnene fra denne studien kan tyde på at tilnærmingen og metodene helsesykepleier benytter i møte med ungdom under rusoppfølging, bidrar til at ungdommene i all hovedsak er positive til denne delen av rusoppfølgingen.

Nøkkelord: helsesykepleie, rusoppfølging, ungdom, helsefremmende og forebyggende arbeid

Abstract

Background: This study is about public health nurses work with adolescents who are under substance abuse follow-up. A public health nurse is specialized in health promotion and preventive work towards children and adolescents. This can, among other things, embrace substance abuse follow-up of adolescents. This study explores adolescent's experiences with substance abuse follow-up that they have received from public health nurses.

Research question: How is the professional practice of public health nurses understood based on the experiences adolescents have during substance abuse follow-up?

Theory: Perspectives on health-promoting and preventive work, power and care, and perspectives on dialogue with vulnerable children and adolescents.

Method: Six qualitative interviews were conducted with adolescents during substance abuse follow-up. The interviews were based on an interview guide and were analyzed using thematic analysis.

Result: The findings from this study indicates that adolescents were met with kindness, attentiveness, understanding, support and respect. This helped to create security and trust in the relation between the adolescents and the public health nurse. An effect of this was that the adolescents felt that they could trust the public health nurse and could talk to her about everything. It also emerged that care and understanding of the daily life difficulties were important. The findings also indicate that by implementing professional judgement in the substance abuse follow-up situation, public health nurses reduce the discomfort for the adolescent with taking drug tests. It appears that the control dimension in follow-up of drug related behavior was tried to be reduced. It also seemed that the public health nurse has been aware of the power that is present in a drug follow-up context. Some of the adolescents expressed that regular attendance at substance abuse follow-up was tiring. For some the follow-up had resulted in a lot of absence from work and school. It was important for the adolescents that the public health nurse had been flexible regarding the appointments. However, the conversations with the public health nurse were appreciated. The conversations were something they looked forward to, and some described the follow-up as a positive event in daily life.

Conclusion: The findings from this study may indicate that the approach and methods that the public health nurse use when dealing with adolescents under substance abuse follow-up, contribute to the fact that the adolescents are mainly positive about this part of the substance abuse follow-up.

Keywords: Public health nurse, substance abuse follow-up, adolescents, health promotion and preventive work

1 Innledning

Temaet for denne oppgaven er helsesykepleiers arbeid med ungdom som er under rusoppfølging.

Helsesykepleiefaget er et bredt og variert fagfelt, og helsesykepleiere møter barn og unge jevnlig i oppveksten deres gjennom helsestasjonstilbudet, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Helsesykepleier møter også ungdommer på andre arenaer, for eksempel gjennom helsetilbud hvor helsesykepleieren har samtaler med ungdom som er i utsatte livssituasjoner og trenger forsterket oppfølging. Innenfor denne kategorien kan en plassere ungdom som er under rusoppfølging.

Utgangspunktet for denne studien er primært oppfølgingen som foregår ved et senter der blant annet helsesykepleiere har et oppfølgingsansvar overfor ungdom. Rusoppfølging kan ha ulike forløp, og inngangsporten til rusoppfølging kan romme flere forhold (NOU 2019: 26, 2019). Enkelte ungdommer kan ha blitt henvist til rusoppfølging av barnevernet, i noen tilfeller kan foreldre ha tatt kontakt med senteret hvor oppfølgingen har funnet sted. Andre ganger kan ungdommene selv ha tatt kontakt med senteret. Et fjerde alternativ er at ungdommen har blitt tatt for et narkotisk lovbrudd og har skrevet en ruskontrakt hvor politiet er involvert ved alternative straffereaksjoner.

Ruskontrakter er alternative straffereaksjoner for ungdom mellom 15 og 18 år som har blitt anmeldt for brudd på narkotikalovgivningen, og omtales også ofte som «ungdomskontrakt». Ungdommene får et samtykkebasert tilbud om ruskontrakt som alternativ til straff. Dette innebærer at ungdommen og foresatte inngår en avtale med politi, kommune eller annen myndighet hvor ungdommen forplikter seg til å holde seg rusfri. Dette viser hen ved å avlegge jevnlig rusprøver (urinprøver) over en avtalt periode. I tillegg skal ungdommen delta på jevnlig samtaler. Kontraktene har som regel en varighet på seks til tolv måneder, og når ungdommen har holdt sin del av avtalen vil hen få påtaleunntatelse. Det vil si at ungdommen ikke får den straffbare handlingen registrert på rullebladet. Dersom ungdommen avbryter kontrakten av ulike årsaker, kan dette medføre forelegg. I saker med bekymringer rundt rus som ikke har endt i straffesak, kan også ruskontrakter bli benyttet som et frivillig tilbud (NOU 2019: 26, 2019). Disse frivillige ruskontraktene inngås med ungdoms og foresattes samtykke, og innebærer at ungdommen skal testes for rusbruk, uten et premiss om straffeforfølgelse

(Lien og Larsen, 2015). Det påpekes i utredningen fra Rusreformutvalget «Rusreform – fra straff til hjelp» at det ofte er samtalene med helsepersonell som er det viktigste forebyggende verktøyet i ruskontraktene (NOU 2019: 26, 2019).

Alternative straffereaksjoner ble i 2014 innført som et ledd i å endre fokus fra straff til hjelp for bruk og besittelse av narkotika til eget bruk. Bakgrunnen for dreiningen fra straff til hjelp, er at rusproblematikk først og fremst oppfattes som en helseutfordring, og fokuset skal ligge på helsehjelp, behandling og oppfølging for brukerne (NOU 2019: 26, 2019). Det viktigste med slike alternative straffereaksjoner er å styrke ungdommene til en hverdag uten kriminalitet (Aase et al., 2020).

1.1 Bakgrunn

Sammenliknet med andre europeiske land kan vi se ut fra data fra den europeiske skoleundersøkelsen, ESPAD (2020), at Norge er blant de landene med lavest rapportert Cannabis-bruk blant ungdom. Tallene over rapportert cannabisbruk blant ungdom i Norge var stabil i perioden mellom 2007-2015, men i 2019 var det økning i antall ungdommer som rapporterte cannabisbruk (ESPAD, 2020). Tall fra Ungdata-undersøkelser viser at det siden midten av 2010-tallet har vært en økende trend blant antall videregåendelever som har brukt narkotiske stoffer, og at det er i ungdomsårene mange gjør sine første erfaringer med rusmidler (Bakken, 2022).

I opptrappingsplanen for rusfeltet (2016) kan vi blant annet lese at noen av målene var tidlig innsats, og økt bruk og utvikling av alternative straffereaksjoner og straffegjennomføringsformer. Det skal jobbes med for å gjøre brukerne i stand til å mestre eller få så god kontroll som mulig over viktige forhold i eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). En av begrunnelsene til hvorfor de alternative straffereaksjonene ble iverksatt for ungdom er hensynet til barnets beste og innholdet i barnekonvensjonen (Aase et al., 2020). I Grunnloven § 104 kan vi lese at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i alle avgjørelser og handlinger hvor barn er involvert (Grunnloven, 2020). Barn har mange rettigheter, og alle disse er nedfelt i barnekonvensjonen (Barnekonvensjonen, 2003).

Politisk er det uenighet angående hvordan rusproblematikk skal håndteres. Solberg-regjeringen la frem et forslag om ny rusreform i 2021, hvor de foreslo å oppheve straffansvaret for narkotikabruk og besittelse av en liten mengde narkotika til eget bruk (Prop.

92 L (2020–2021)). Denne lovendringen fikk ikke flertall i Stortinget. I 2022 ble det gjort kjent at det i løpet av 2023 vil komme en Stortingsmelding om forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet, 2022).

Riksadvokaten skrev i april 2021 et brev med nye retningslinjer med tanke på politiets bruk av tvang i mindre narkotikasaker. Blant annet skriver riksadvokaten at det ikke skal brukes urinprøver under tvang for å bekrefte mistanke om bruk av narkotika (Riksadvokaten, 2021). I etterkant av Riksadvokatens brev ble det forvirring rundt bruk av ruskontrakter. Antall ruskontrakter har gått kraftig ned, ifølge leder for landsgruppen for helsesykepleiere Ann Karin Swang, og hun mener det har en klar sammenheng med Riksadvokatens brev (Omland, 2022).

I stadig flere offentlige utredninger påpekes det at det bør forebygges mer og at vi må satse på helsefremmende arbeid. Eksempler på dette er den nye folkehelsemeldingen – «Gode liv i et trygt samfunn». Her kan vi blant annet lese at regjeringen har en visjon om å styrke det rusmiddelforebyggende arbeidet rettet mot ungdom, og de skal legge fram en ny rusreform. Denne vil etter planen komme våren 2023. De ønsker også at det skal jobbes for å også sikre kunnskapsbasert informasjon om narkotikas skadevirkninger (Meld. St. 19 (2018–2019)). At det skal forebygges mer og satses på helsefremmende arbeid er også nedfelt i lover (Folkehelseloven, 2012; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven) har vært gjeldende siden 1. januar 2012. I denne loven er kommunens ansvar for å sette i verk folkehelseiltak nedfelt. I loven står det:

«Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk.

Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom.» (Folkehelseloven §7, 2012).

Tanken bak denne loven er at den skal bidra til en samfunnsutvikling som skal fremme folkehelse, som igjen skal utjevne sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012). Målet er

en bedre helse generelt i befolkningen, men utsatte grupper er en særlig målgruppe (Garsjø, 2018).

1.2 Helsepsykeleie til ungdom under rusoppfølging

Å arbeide helsefremmende og forebyggende i lys av et folkehelseperspektiv ligger i mandatet til en helsepsykeleier, og helsepsykeleieren skal ved hjelp av ulike helsefremmende og forebyggende strategier ivareta den fysiske og psykiske helsen til barn og unge fra 0-20 år (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018; Forskrift om nasjonal retningslinje for helsepsykeleierutdanning, 2021). Et grunnleggende mål i dette arbeidet er å legge til rette for at barn og unge skal ha så god helse som mulig ut fra egen situasjon og egne forutsetninger (Helsedirektoratet, 2017).

Helsepsykeleiere som arbeider med ungdom anbefales å være ekstra oppmerksomme på ungdom med utfordringer når det gjelder rus, og Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom (2017) anbefaler at disse ungdommene får tilbud om oppfølgende samtaler. Utgangspunktet for samtalene bør være ungdommenes behov og ønsker, og skal helst rette fokuset mot ungdommenes ressurser og mestring (Helsedirektoratet, 2017).

Praktisering av ulike tiltak og oppfølging av ungdommer som bruker narkotika varierer fra kommune til kommune. Noen kommuner har startet prosjekter for å skape rammer for en mer ensartet gjennomføring av oppfølging, slik som TIUR-modellen (Tidlig Intervensjon – Unge og Rus) (Baklien og Bye, 2017; NOU 2019: 26, 2019). Her er søkelyset på indikativ forebygging med individtilpassede tiltak som er rettet mot personer der et rusmiddelproblem er observert, (og som vil være en indikasjon på at personen er i risiko for å utvikle avhengighet eller rusrelaterte lidelser). Målet med intervensjonene i TIUR-modellen er å forebygge bruk av illegale rusmidler (Baklien og Bye, 2017). Helsepsykeleierne som jobber med ungdommene som har bidratt med sine erfaringer inn i denne studien arbeider i tråd med filosofien bak TIUR-modellen. I tillegg til at ungdommene avlegger rusprøver, gjennomfører helsepsykeleierne bevisstgjøringsamtaler med ungdommene som skal gi støtte, bevissthet og kunnskap rundt rus. Samtalene bruker prinsipper fra motiverende intervju (Baklien og Bye, 2017).

Ungdommene som har deltatt i denne studien tilhører en gruppe som har brukt illegale rusmidler, og på denne måten hatt en atferd som ses på som «unormal» i samfunnet. Å bruke

illegale rusmidler er en atferd som befinner seg i utkanten av det som anses som vanlig, normalt eller forventet i samfunnet vårt (Ellingsen, Nilsen og Meling, 2009). Som mennesker og som gruppe kan man si at ungdommene er utsatte for å bli marginaliserte. Marginalisering ses på som en prosess som kan føre til sosial eksklusjon, og de marginaliserte befinner seg i samfunnets gråsoner. De oppfattes verken som fullstendig integrert eller fullstendig ekskludert (Hammer og Hyggen, 2013). Innenfor helsesykepleiers mandat ligger også å arbeide for å fremme gode sosiale og miljømessige forhold og utjevne sosiale helseforskjeller (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018; Helsedirektoratet, 2017).

Helsesykepleie til ungdom under rusoppfølging vil kunne ha fokus på det forebyggende og helsefremmende, for å forebygge ny negativ utvikling. I tillegg hjelpe ungdommene til å mestre dagliglivets utfordringer, og å legge til rette for at de skal kunne oppleve god helse og velvære.

En av årsakene til at jeg hadde et ønske om å gjennomføre denne studien, var å løfte frem en utsatt gruppe ungdommer sine stemmer angående et tema og problematikk som det er mange og delte meninger om.

1.3 Problemstilling og forskerspørsmål

Min nysgjerrighet knyttes til de erfaringene denne brukergruppen har med et helsetilbud. Dette ledet meg frem til følgende problemstilling:

Hvordan forstås helsesykepleiers profesjonsutøvelse ut fra de erfaringer ungdom under rusoppfølging har?

Ut fra problemstillingen har jeg utformet disse forskningsspørsmålene:

Hvordan vises helsesykepleieryrkets fagforståelse og mandat i møte med ungdom under rusoppfølging?

Hvordan fremstår forholdet mellom hjelp og kontroll i møtene mellom ungdom under rusoppfølging og helsesykepleier?

1.4 Hensikt og formål med studien

Hensikten med denne studien er å utforske erfaringene ungdommer har med rusoppfølgingen de får av helsesykepleier, gjennom å belyse ulike aspekter ved erfaringene til ungdommene. Overordnet formål med studien er å kunne bidra til dypere innsikt og forståelse rundt erfaringene til ungdommene, og på denne måten belyse de komplekse sidene ved helsesykepleietjenesten overfor denne ungdomsgruppen. Prosjektet vil også forhåpentligvis kunne bidra til forbedring av helsesykepleiers praktisering av oppfølging til denne brukergruppen.

1.5 Begrepsavklaringer

I denne studien brukes benevnelsen «rusoppfølging», som en fellesbenevnelse, uavhengig av årsaken eller grunnlaget for oppfølgingen ungdommene får av helsesykepleier. Enkelte av ungdommene har skrevet ruskontrakt, mens hos andre er ikke straffeelementet innblandet i rusoppfølgingen.

Det er viktig å presisere at tilbudet på senteret hvor ungdommene har gått til rusoppfølging ikke er et behandlingstilbud, men et kommunalt lavterskeltilbud med forebygging og helsefremming i fokus.

1.6 Oppgavens disposisjon

Denne oppgaven er delt inn i sju hovedkapitler. Kapittel to omhandler tidligere forskning, og i kapittel tre kommer teoretiske perspektiver som blant annet danner grunnlaget for diskusjonen av resultater. I kapittel fire har jeg gjort rede for metode og metodevalg, og studiens empiriske funn legges frem i kapittel fem. Funnene diskuteres i oppgavens neste kapittel, som avsluttes med en metodediskusjon. Til slutt kommer det en oppsummering og avslutning i det sjuende kapitlet, og oppgaven avrundes med mine tanker om videre forskning med utgangspunkt i studiens resultater.

2 Tidligere forskning

I arbeidet med å finne relevant forskning har jeg gjort søk i PubMed og Web of Science, samt google scholar. Jeg har søkt hjelp hos bibliotekar et par ganger i prosessen for å forbedre søkene. Siden dette prosjektet handler om erfaringer fra rusoppfølging fra helsesykepleier, hvor også enkelte av ungdommene har vært på ruskontrakt, har jeg gjort to ulike søk for å forsøke å finne erfaringer ungdom har med alternative straffereaksjoner, i tillegg til erfaringer relatert til rusoppfølging. Søkeord jeg benyttet i Web of Science var:

Young OR juvenile OR adolescent* OR adolescence OR teenager*

AND Drug OR drugs OR drug-law

AND “alternative penal sanctions” OR “alternative punishment” OR diversion* OR “juvenile justice”

AND subjectiv* OR experience* OR desistance

AND law OR offence* OR offender* OR crime

AND nurse OR public health OR health promotion

Dette søket hentet jeg inspirasjon til gjennom en artikkel jeg fant ved fri-søk, og la opp søket for å inkludere denne artikkelen, da jeg mente den var relevant for mitt forskningsspørsmål. Artikkelen jeg viser til er Sandøy (2020) – Alternativ (to) Punishment : assessing punishment experiences in youth diversion programmes.

Jeg gjorde også søk i PubMed for å forsøke å inkludere erfaringer med rusoppfølging. Jeg gjorde lignende søk i denne databasen, men gjorde litt endringer, og ekskluderte blant annet søkeordene i rad tre og fem. Gjennom søk i Google scholar fant jeg en systematisk litteraturgjennomgang, og gjennom henvisningssøk fant jeg en scoping review. Begge disse artiklene fant jeg relevante for mitt prosjekt.

Jeg hadde som inklusjonskriterie at artiklene ikke skulle være mer enn ti år gamle.

Det har vært utfordrende å finne relevant internasjonal forskning. Siden denne studien omhandler rusoppfølging fra helsesykepleier i Norge, er det meste av forskning og evalueringer jeg viser til norsk, men jeg har også inkludert enkelte internasjonale studier jeg har ansett som relevant.

2.1 Nasjonal forskning

Sandøy (2019) – *Beyond personal reform: Adolescent drug-law offenders and the desistance process*

Forfatteren gjorde dybdeintervjuer med ungdommer som hadde fått en alternativ straffereaksjon som skulle hjelpe ungdommene ut av rus, med intervensjoner som innebar blant annet regelmessig kontakt med sosialarbeidere og narkotikatesting hos helsepersonell. Forfatteren ønsket å undersøke hva ungdommene mente om endring av sin kriminelle atferd. Ut fra det ungdommene fortalte virket det som den sosiale relasjonen til foreldrene hadde en endringsfremmende innflytelse, og endring i narkotikarelatert atferd hadde i stor grad sammenheng med familieforhold. En av ungdommene konstaterte at det var bra han godtok den alternative straffereaksjonen fordi det bidro til å bygge opp tillitsforholdet til foreldrene (Sandøy, 2019).

Sandøy (2020) - *Alternative (to) punishment: assessing punishment experiences in youth diversion programmes*

Sandøy har i denne artikkelen undersøkt unge narkotikalovbrytere sine subjektive opplevelser med alternative straffeintervensjoner. Forskingen ble gjennomført med kvalitative intervju med ungdommer, og det ble funnet fire elementer ved straffen som var felles for mange av ungdommene. Disse var: fratakelse av tid, fratakelse av verdighet, fratakelse av sosiale bånd og fratakelse av selvet. Forfatteren påpeker at alle disse subjektive opplevelsene reflekterer den alternative straffens overvåkende karakter. Alle ungdommene følte at de måtte bruke mye tid på den alternative straffen som hadde negativ innvirkning på eksempelvis skolegang. Fratakelse av verdighet dreide seg om at ungdommene beskrev rusprøvene som veldig ubehagelig, særlig til å begynne med. Ungdommene kjente på stress og nervøsitet, og beskrev det som ubehagelig at helsearbeideren stirret. At helsearbeideren var nær ble beskrevet som et angrep på intimsonen. Det ble imidlertid nevnt at ungdommene følte de etter hvert fikk økt tillit fra helsearbeideren, ved at helsearbeideren ble litt mindre kontrollerende og overvåkende under gjennomføringen av rusprøvene. Videre følte ungdommene at sosiale relasjoner ble negativt påvirket av forpliktelsene til å delta på møtene. Fratakelse av selvet handlet om at noen av ungdommene følte at de mistet en del av ungdomstiden (Sandøy, 2020).

Lien og Larsen (2015) - *Flinkiser og "dropouts"*

Dette er en rapport etter en kartlegging som ble gjort av frivillige ruskontrakter for ungdom mellom 13 og 18 år som ble gjennomført i Oslo og Follo. Prosjektet undersøkte praksisfeltets erfaringer, og gjennomførte blant annet intervju med helsesykepleiere som hadde gjennomført rustester og samtaler med ungdommene. Helsesykepleierne mente at samtalene og kontakten de opprettet med ungdommene var viktigere enn rusprøvene. I dette mente noen av helsesykepleierne at samtalene og støtten som de kunne tilby ungdommene var viktigst. Det

ble ofte avdekket flere og større utfordringer blant ungdommene og det kom frem erfaringer om at helsesykepleierne hjalp ungdom videre inn i hjelpeapparatet. Det ble trukket frem som positivt at helsesykepleierne kom i kontakt med ungdommene gjennom ruskontraktene og på den måten kunne hjelpe dem videre. Det kom også frem i rapporten at det var et ønske fra hjelpeapparatets side at foreldrene skulle involveres mer i arbeidet rundt ruskontraktene. Forfatterne mente at ruskontrakt kunne gjenopprette tillit mellom ungdommene og foreldre. I enkelte av bydelene i Oslo ville ikke helsesykepleierne gjennomføre rustester fordi de ikke anså det som en del av sin portefølje å kontrollere ungdommene. Det er etiske utfordringer med å være hjelper og kontrollør på samme tid. Avsluttende mente forfatterne av rapporten blant annet at det manglet systematikk i ruskontraktene som inngikk i prosjektet, samt at det burde forskes mer på ungdommers erfaringer med ruskontrakter på grunn av et behov for en mer systematisk kunnskapsoppsummering (Lien og Larsen, 2015).

Andrews og Eide (2019) – *Mellom hjelp og straff – fungerer nye straffereaksjoner for ungdommer etter intensjonen?*

Forfatterne undersøkte om de nye straffereaksjonene fungerte slik de var tenkt. I dette arbeidet ble ungdom som hadde fått alternativ straff av ulike årsaker intervjuet, og jeg har trukket ut det jeg tenker er av betydning for mitt prosjekt. Noen av ungdommene snakket om rusprøvene, og at de ikke ønsket at andre (for eksempel kollegaer) skulle vite at de hadde fravær fra jobb på grunn av rusprøver. Ungdommene opplevde det også svært stressende å ha så mye fravær fra jobb på grunn av den alternative straffen. Mange trakk frem negative erfaringer med rusprøvene, men enkelte trakk også frem rusprøvene som det mest positive med programmet, fordi det fikk dem til å kjenne på at rusen var ute av kroppen, noe de ellers ikke hadde gjort hvis det ikke hadde vært for «straffen». Å gjenopprette relasjoner til foreldrene påpekes som betydningsfullt for flere av ungdommene. Relasjoner til hjelpearbeidere ble også trukket frem som betydningsfulle. En av ungdommene fortalte at han har truffet en hjelpearbeider fra oppfølgingen jevnlig over flere år. Ungdommen synes denne personen er veldig grei, og at han kommer til å savne vedkommende (Andrews og Eide, 2019).

Baklien og Bye (2017) - *TIUR-modellen i Ringsaker – en forskningsbasert evaluering*
TIUR-modellen (Tidlig Intervensjon – Unge og Rus), er et rusforebyggende tiltak som var utviklet i et samarbeid mellom politiet og kommunen i Ringsaker. Målet med modellen var å forebygge at ungdom som hadde prøvd illegale rusmidler fortsatte med bruken, utviklet avhengighet eller varige problemer knyttet til rusmidler og kriminalitet. For å evaluere tiltaket

ble det gjort intervjuer med ungdommer som blant annet ble spurt om hvilke erfaringer de hadde etter avlegging av rusprøver hos helsesykepleiere. Noen av ungdommene syntes det var positivt at urinprøvene ble avholdt på helsestasjon hos helsesykepleier. De syntes at de ble godt tatt imot, ivaretatt og at det føltes trygt å avlegge urinprøve hos helsesykepleier (Baklien og Bye, 2017).

Botnan (2021) – *Den politiske styringen av ungdommers bruk av illegal rus: Opplevelser av ruskontrakten som en 'styringsteknologi'*.

Dette er en masteroppgave som har undersøkt ruskontrakten som en 'styringsteknologi', og har blant annet gjort kvalitative intervju med ungdommer som har gjennomført ruskontrakter. Av funnene som ble gjort kom det frem at samtalene kunne virke positivt da disse la til rette for trygghet til å kunne snakke om sitt forhold til rus, samt andre vanskelige ting ungdommene hadde opplevd. På en annen side var det enkelte som trakk frem samtaler med helsesykepleier som meningsløse. Forfatteren mener imidlertid at samtaler hvor hjelperen ikke har problematisert rusbruken til ungdommen, men snarere vist forståelse og lyttet til hva ungdommen har fortalt, har vært de samtalene som har virket mest positivt. Rusprøvene opplevde flere ungdommer som skamfull og ubehagelig, og ble sett i sammenheng med å være i en belastet maktsituasjon når de måtte urinere foran en fremmed voksenperson. Andre ungdommer hadde derimot ikke negative opplevelser med å gjennomføre rusprøvene (Botnan, 2021).

Blestad og Engen (2015) - *Forebyggende arbeid: En community-psykologisk studie av endringer etter forebyggende intervensjon*.

Forfatterne av denne norske masteroppgaven har gjort kvalitative intervju med ungdom på ruskontrakt, og sett på hvordan ruskontrakt kan være med å skape endring hos ungdommene. De fortalte om både positive og negative erfaringer med endring. Endringene handlet blant annet om nye relasjoner, mer glede i livet og forholdet til venner og familie. Flere av erfaringene ble sett i sammenheng med opplevelsen ungdommene hadde knyttet til møtene med politi og helsesykepleier. Ungdommene som fortalte om de gode møtene vektla at de hadde blitt møtt med forståelse, og at de hadde blitt lyttet til. Møtene var hyggelige og vennlige, og bar preg av å inneholde et håp om fremtiden. Disse møtene ble oppfattet av ungdommene som noe annet enn de hadde forventet. Det ble løftet frem at flere ungdommer hadde etablert gode relasjoner til helsesykepleier, og det ble beskrevet at noen opplevde at helsesykepleieren oppriktig brydde seg, og at ungdommen satt veldig pris på henne. En av ungdommene mente at samtalene med helsesykepleier var avgjørende for at han holdt seg

unna rus. Ungdommene som delte negative erfaringer knyttet til møtene, trakk frem at de ikke følte at de selv var fokus for samtalen, at de følte seg mistenkeliggjort samt at de ikke ble hørt. Støtte fra familie var viktig. Ungdommene som opplevde støttende foreldre hadde større mulighet til å oppnå endringer (Blestad og Engen, 2015).

2.2 Internasjonale studier

Mirlashari, Jahanbani og Begjani (2020) - *Addiction, childhood experiences and nurse's role in prevention: a qualitative study.*

Dette er en kvalitativ studie gjort i Tehran, for å undersøke hvilken rolle sykepleiere har i forebygging av barns rusavhengighet. Det ble gjort intervju av ungdom som var under rusbehandling eller var rusmisbrukere i tillegg til deres familiemedlemmer og sykepleiere. Forfatterne fant blant annet at sykepleierne som jobbet med ungdommene hadde lite erfaring med forebygging av rusmisbruk, samt at sykepleieren ikke hadde en klar rolle i dette arbeidet. Ungdommene på sin side rapporterte blant annet om mangel på kunnskap og at de hadde en tolerant holdning til rusmiddelbruk (Mirlashari, Jahanbani og Begjani, 2020).

Ritanti, Wiarsih, Asih og Susanto (2017) - *A phenomenological study of families with drug-using children living in the society.*

Dette er en kvalitativ studie gjennomført i Indonesia hvor forfatterne gjorde intervjuer med foreldre med rusmisbrukende barn. Studien avdekket mye negative følelser hos foreldrene knyttet til at barnet deres hadde et rusproblem, slik som skuffelse, skam, sjokk og fortvilelse. Familiene forsøker i stor grad å hjelpe seg selv, men opplever komplekse problemer som rusmiddelbruket har forårsaket. Dette gjør at familiene har behov for hjelp fra andre på grunn av fysiske, økonomiske, sosiale og psykiske belastninger. Forfatterne påpeker i konklusjonen at helsesykepleiere (Public Health Nurses) kan være en egnet profesjon til å hjelpe familier med rusmisbrukende barn, og peker på at helsesykepleiere kan bidra med en helhetlig omsorg gjennom folkehelseintervensjoner (Ritanti, Wiarsih, Asih og Susanto, 2017).

Kim og White (2018) - *How can health professionals enhance interpersonal communication with adolescents and young adults to improve health care outcomes: systematic literature review.*

Dette er en systematisk litteraturgjennomgang av 23 artikler, der ulike aspekter ved mellommenneskelig kommunikasjon med unge klienter i helsevesenet ble undersøkt, med et

mål om å forstå barrierer og tilrettelegge faktorer i kommunikasjonen for å forbedre helsen. Forfatterne fant tre hovedtemaer: både klienter og helsepersonell opplevde utfordringer i kommunikasjonen når sensitive og intime aspekter ved livene til de unge klientene ble involvert i samtalen. Videre fant forfatterne at en åpen og engasjerende kommunikasjon fordret tillit og en følelse av emosjonell trygghet, og til slutt pekte forfatterne på viktigheten av de unges følelse av inkludering og autonomi. Forfatterne fant at omsorg, empati, respekt, ærlighet, åpenhet og vennlighet, og å få ungdommene til å føle seg verdige fremmet tillit fra de unge. I tillegg var det viktig at helsepersonellet ikke var objektiverende. Dette bidro til en følelse av emosjonell sikkerhet, som gjorde kommunikasjonen som angikk helserelevante saker enklere (Kim og White, 2018).

Hawke et al. (2019) - *What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature.*

Dette er en litteraturgjennomgang av 28 artikler, som undersøkte rus- og psykiatritjenester tilrettelagt for ungdom, for å identifisere egenskaper, og skissere forventede virkninger, samt etablere en definisjon av tjenestene. Forfatterne fant blant annet at ungdomsvennlige tjenester inneholdt inkluderende, konfidensielle og trygge organisasjonskarakteristikker, slikt som lyst og komfortabelt miljø, vennlige og genuine helsearbeidere som hadde passende kommunikasjons- og rådgivningsferdigheter, at tjenestestedet var tilgjengelig, korte ventelister, samt individualiserte og innovative tilnærminger. Forfatterne konkluderte med at det ovennevnte blant annet hadde påvirkning for tilfredshet og engasjement av tjenestene (Hawke et al., 2019).

2.3 Kildekritikk

Jeg har forsøkt å være kritisk til forskningsartiklene jeg har lest, og vurdert prinsippene angående troverdighet, objektivitet, pålitelighet og egnethet i inkluderingen av forskning. Det har imidlertid vært utfordrende å finne forskning som har vært direkte knyttet til problemstillingen. Det kan derfor stilles spørsmål angående relevansen av inkluderingen av forskning fra Tehran og Indonesiske forhold. Jeg anser dem likevel som relevante da forskningen fra Tehran belyser viktigheten av sykepleiers kunnskaper angående rusforebygging til ungdom. Forskningen fra Indonesia belyser hvorfor helsesykepleier kan være godt egnet til å arbeide med rusmisbrukende ungdommer.

Likeså kan det stilles spørsmål ved inkludering av artikler som ikke omhandler helsesykepleie. Disse ble inkludert på bakgrunn av utfordringene ved å finne forskning

direkte knyttet til problemstillingen, samt at møter med andre yrkesgrupper likefult anses som relevant for å belyse helsesykepleiers arbeid til ungdom under rusoppfølging.

De to litteraturgjennomgangene inkluderte data og forskning fra henholdsvis 2004-2014 og 2002-2017. Litteraturgjennomgangene på sin side ble imidlertid utgitt i 2018 og 2019, og anses derfor som relevante.

3 Teoretiske perspektiver

Dette kapitlet omhandler oppgavens teoretiske grunnlag. Jeg gjør først rede for helsefremmende og forebyggende arbeid, hvor jeg også beskriver begrepene salutogenese og empowerment. Deretter følger en kort redegjørelse av rusmiddelforebyggende arbeid rettet mot ungdommer. Videre gjør jeg rede for makt, maktforhold, begrepet omsorg og til slutt perspektiver på samtaler med utsatte barn og unge.

3.1 Helsefremmende og forebyggende arbeid

En helsesykepleier jobber med et helsefremmende og forebyggende fokus. Helsefremmende arbeid er ifølge Garsjø (2018) å fremme prosesser og å styrke beskyttelsesfaktorer som gir oss god helse. Det legges vekt på hva det er som gjør at mennesker er friske og har god livskvalitet.

Garsjø (2018) skriver at det har vært en historisk utvikling innenfor forebygging og helsefremming. Tidligere var det forebyggingen som var mest utbredt, og ses på som en problemorientert tenking hvor risikofaktorer og problemer har størst fokus. Målet med forebyggende arbeid er å redusere risikofaktorene, og å forhindre negative hendelser. Etter hvert har den helsefremmende ideologien fått større plass. Her rettes fokuset mot ressursene og årsakene til at det går godt, og å lete etter det positive; helse, beskyttelsesfaktorer, livskvalitet og ressurser, heller enn å fokusere på årsakene til hvorfor det går, eller har gått galt (Garsjø, 2018). Mæland (2010) påpeker at det er sterke og svake sider ved både forebyggende og helsefremmende arbeid, og at det ikke er et mål at den helsefremmende tenkningen skal ta over for det tradisjonelle forebyggende arbeidet. Disse komplementære strategiene kan støtte opp og påvirke hverandre (Mæland, 2010), og et resultat kan være gode løsninger og oppklaringer (Clancy, 2020). Garsjø (2018) mener at summen av det forebyggende og helsefremmende arbeidet betraktes som folkehelsearbeid. Arbeid rettet mot folkehelsen til individet og samfunnet som helhet, er en del av helsesykepleiers arbeidsområde og mandat (Dahl, 2020c).

3.1.1 Salutogenese

Sosiologen Aaron Antonovsky har forsket og skrevet mye om helsefremmende ideologi, og er grunnleggeren av en teori som han kalte for salutogenese, som etter hvert har blitt et sentralt prinsipp innenfor det helsefremmende arbeidet. Salutogenese har fokus på hva det er som opprettholder, skaper og bevarer helse, og denne teorien står som en motsetning til patogenesen hvor årsaker til sykdom er i fokus (Lindström og Eriksson, 2015). Antonovsky

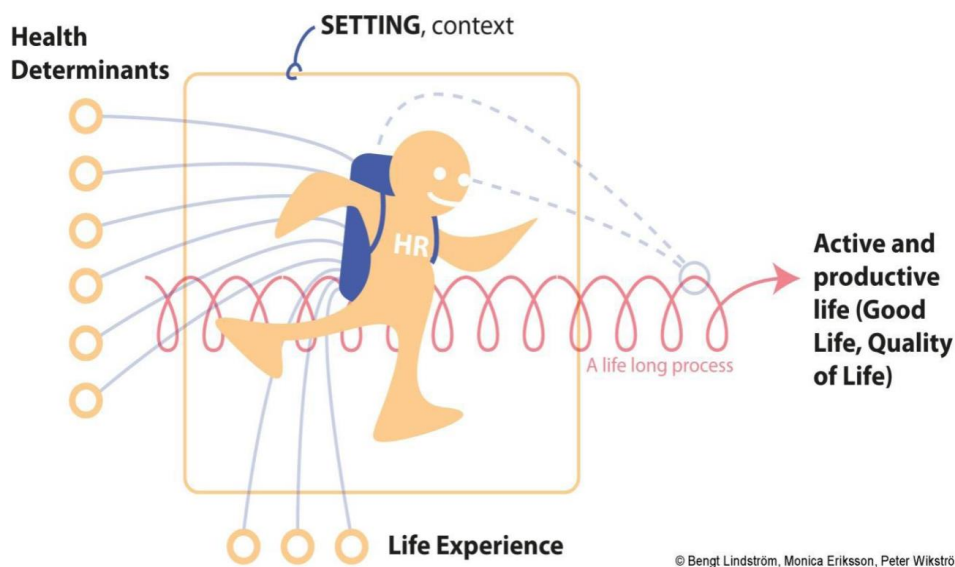
(2012) mente at det er viktigere å søke etter hvilke faktorer som kan bedre helsen, snarere enn å bli frisk fra sykdom. Antonovsky (2012) mener at en salutogenetisk tilnærming kan bidra til mer kunnskap og en dypere forståelse om et menneskes komplekse liv.

Innenfor den salutogenetiske tenkingen er «opplevelse av sammenheng», også kalt OAS, et nøkkelbegrep. Det er tre kjernekomponenter i OAS: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. «Begripelighet» innebærer i hvilken grad mennesket opplever stimuli i sitt indre eller ytre miljø som kognitivt forståelig, og at det kan plassere opplevelser i en forståelig sammenheng. «Håndterbarhet» defineres som i hvilken grad mennesket opplever å ha tilstrekkelige ressurser til å håndtere krav og utfordringer det stilles overfor. Den tredje komponenten, «meningsfullhet» ser Antonovsky (2012) på som et motivasjonselement, og forklarer komponenten med at mennesket føler at livet er forståelig, og mener det er verdt å engasjere seg i kravene og utfordringene mennesket står i. En person som har en sterk opplevelse av sammenheng, scorer høyt på alle de tre kjernekomponentene, i motsetning til en person med svak OAS som scorer lavt (Antonovsky, 2012). Oppsummert definerer forfatteren opplevelse av sammenheng slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i. (Antonovsky, 2012, s.41)

Antonovsky (2012) mener at det salutogenetiske perspektivet bidrar til at vi blant annet kartlegger historien til mennesket, i stedet for å for eksempel fokusere på en sykdom. I tillegg rettes oppmerksomheten mot menneskets mestringsressurser.

Lindström og Eriksson (2015) skriver at mennesket deltar aktivt i eget liv, og opparbeider seg stadig mer livserfaring og individuelle ressurser som sammen bidrar til å forme det videre livet. Dette visualiserte Lindström og Eriksson (2015) med en spiral som skulle forestille den livslange helselæringen, se Figur 1 (Lindström, 2015).



Figur 1: Bilde som illustrerer spiralen som representerer læringen knyttet til helse. Hentet fra en presentasjon av Lindström, 2015 (<https://www.statsforvalteren.no/siteassets/utgatt/fm-ostfold/dokument-fmos/helse-og-omsorg/folkehelse/salutogenese.pdf>).

I figuren ser vi at mennesket har det forfatterne kaller helsedeterminanter, eller helseressurser, i sekken. Dette er individuelle ressurser som mennesket har med seg fra fødselen: blant annet genetikk, sosioøkonomiske betingelser og familie. Underveis i livet vil mennesket aktivt ta i bruk tidligere erfaringer og ressursene fra ryggsekken i møter med nye liknende livshendelser, og det vil være med å forme ressursene videre. Samtidig som mennesket også opparbeider seg mer livserfaring. Hovedmålet med dette helseforløpet er å legge til rette for at mennesket skal leve et godt liv og oppleve god livskvalitet (Lindström og Eriksson, 2015).

Antonovsky (2012) hevder at menneskets evne til å nyttiggjøre seg egne ressurser er avhengig av OAS, og mener at OAS påvirker menneskets følelse av mestring, helse og velvære. Mæland (2010) skriver at OAS kan sammenliknes med begreper som trygg identitet, optimisme og opplevelse av kontroll.

3.1.2 Empowerment

WHO beskriver helsefremmende arbeid som «en prosess som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse» (World Health Organization, u.å.). I det helsefremmende arbeidet ses ikke menneskene som hjelpes på som en målgruppe, men de anses som aktive samarbeidspartnere. Tanken er at enkeltmennesket og befolkningen skal ha stor innflytelse og kontroll over faktorer som påvirker helsen (Mæland, 2010). Empowerment-prinsippet har vokst fram i det helsefremmende arbeidet med en tanke om at personene som hjelpes selv skal

ha kontroll over beslutninger og handlinger som omhandler deres helse. Empowerment ses på som en prosess som innebærer at makt overføres fra helsesykepleier til ungdom, og at ungdommene får medvirke til oppfølgingen gjennom at de ses på som eksperter på eget liv (Hanssen-Bauer, 2014). At mennesket opplever at det har kontroll over sitt liv, er av stor betydning for selvbildet og mestringsevnen, så vel som mental og kroppslig helse (Mæland, 2010).

3.1.3 Rusmiddelforebyggende arbeid rettet mot ungdom

Debutalder for bruk av rusmidler er identifisert som en risikofaktor i forhold til senere problematisk forbruk av alkohol og narkotika som kan forårsake alvorlige helseskader, føre til utvikling av vanedannende rusmisbruk og en rekke uheldige psykologiske effekter. Tidlig og hyppig bruk av rusmidler øker risikoen for rusmisbruk og avhengighet senere i livet (Nagy, Verres og Grevenstein, 2017).

Det kan være ulike motiver for hvorfor ungdom velger å bruke rusmidler: søk etter nye opplevelser, gruppepress, forsøk på å håndtere vanskelige utfordringer eller oppnå bedre resultater på skole. Ut fra et biologisk perspektiv er ungdommer «programmerte» til å søke etter nye opplevelser og å ta sjanser. Å prøve ut rusmidler i ungdomsårene kan være en normal del av utviklingen, men det kan ha alvorlige langsiktige konsekvenser. En ungdomshjerne er sårbar i forhold til utvikling av rusmiddelproblemer, fordi hjernen fremdeles er formbar og under utvikling. Prefrontal cortex som befinner seg i frontallappene, er den delen av hjernen som fortsatt er under utvikling i ungdomsårene. I dette området finner man evnen til å vurdere situasjoner og ta gode beslutninger. I tillegg er det her man kontrollerer følelser og impulser. Denne delen av hjernen modnes ofte ikke før midten av 20-årene (Nasjonal Kompetansetjeneste TSB, 2014). Forebygging av rusmiddelrelaterte skader er en av hovedutfordringene i det forebyggende helsearbeidet rettet mot ungdom (Rossow og Klepp, 2017).

Rossow og Klepp (2017) påpeker at en av de store utfordringene i forebyggende helsearbeid blant ungdom er forebygging av rusmiddelrelaterte skader. Forfatterne skriver at rusmidler er en medvirkende årsak til alvorlige folkehelseproblemer i den vestlige verden. Spesielt alkohol, men også bruk av illegale rusmidler har betydelige helsemessige konsekvenser. Blant annet forårsaker bruk av illegale rusmidler ca. 4 prosent av alle dødsfall for unge mellom 15 og 29 år. Alkohol forårsaker imidlertid enda flere dødsfall. Videre kan vi lese at bruk av illegale stoffer i ungdomskulturen ofte forekommer i tillegg til bruk av alkohol, og viser seg

oftere blant de unge som drikker mye og som røyker. Forfatterne har sett ulike tiltak med rusmiddelforebygging blant ungdom. Blant annet blir skolebaserte tiltak og informasjonskampanjer trukket frem. Disse intervensjonene har som formål å informere om rusmiddelbruk og relaterte problemer. Det påpekes imidlertid at den forebyggende effekten av tiltakene er usikker (Rossow og Klepp, 2017).

3.2 Makt, maktforhold og omsorg

Det helsefremmende og forebyggende arbeidet foregår ikke i et maktfritt rom, og makt tilhører i alle relasjoner. Dette vil si at relasjonen mellom helsesykepleier og ungdom er asymmetrisk, og forklares med at helsesykepleieren innehar kompetanse og ferdigheter gjennom sin profesjon som ungdommen ikke har. Ut fra dette kan man si at helsesykepleieren har en makt og en kontroll over situasjonen (Garsjø, 2018).

Filosofen Michael Foucault (1926-1984) belyser ulike sider ved maktens strukturer. Forfatteren skriver blant annet om hvordan institusjoner innehar makt over individet. Dette forklares med at det i institusjoner er normer og regler for hvordan mennesket skal være og oppføre seg. Forfatteren snakker om kroppen til mennesket, og hvordan institusjoner bruker makt og kontroll slik at individets kropp formes til å bli tjenestevillig (Foucault, 1999). I dette ligger det en forventning om at vi som enkeltindivider skal oppføre oss slik det forventes av institusjonen. Bio-makt defineres som makten staten innehar gjennom regulering av dens befolkning (Foucault, 1999).

Järvinen og Mortensen (2005) viser til Foucault (1978, 1983) og sier at som menneske er det vanskelig å forsvare seg mot bio-makten, fordi den er nærmest usynlig. Bio-makten utøves i velferdsstatens hjelpende, støttende og omsorgsfulle institusjoner, gjennom disiplinerende relasjoner. Bio-makten søker etter å lede befolkningen med fokus på å fremme sunnhet, livskvalitet og forsøke å skape nyttige og produktive medlemmer av samfunnet (Järvinen og Mortensen, 2005). I møte med bio-maktens profesjoner, som også kan favne helsesykepleierprofesjonen, kan ungdom erfare disiplineringen som helsetjenesten representerer (Järvinen og Mortensen, 2005).

Helsesykepleieren har et profesjonelt ansvar for den hun hjelper, og hun har makt gjennom sin kontrollfunksjon og kunnskap, men helsesykepleierrollen fordrer også en nærhet av personlig, profesjonell og omsorgsfull karakter (Clancy, 2015). Clancy (2015) viser til Foucault når hun skriver at helsesykepleiere innehar en individuell påvirkningsmakt gjennom

sin profesjonskunnskap, og hun skal gi råd og veiledning i lys av et folkehelseperspektiv. Det er sådan ikke gitt at denne disiplinerende makten som helsesykepleieren innehar er i negativ forstand, siden den overføres med god vilje, med mål om god helse og et langt liv.

Helsesykepleiers kunnskapsmakt er en positiv sammenfletning av makt og kunnskap som har til hensikt å styrke, ikke bare undertrykke (Clancy, 2015).

3.2.1 Omsorg

En helsesykepleier er en sykepleier med videreutdanning. Innenfor faget sykepleie er respekt for hvert enkelt menneske sitt liv og dens iboende verdighet en grunnleggende verdi (Kristoffersen og Nortvedt, 2016; Norsk Sykepleierforbund, 2019). Kari Martinsen (2003) skriver at omsorg forbindes med å hjelpe og å ta hånd om. Forfatteren mener at omsorg er relasjonelt, fordi det handler om mennesker som er avhengige av hverandre. Videre mener hun at omsorg er moralsk og praktisk betinget, fordi det har utgangspunkt i prinsippet for ansvaret for de svake, og knyttes til konkrete handlinger hvor prinsippet om hva som er det beste for den andre er fokus. Forfatteren mener at det ikke er omsorg å hindre andre i å leve et så godt liv som de er i stand til. Derimot er det omsorg når mennesker frigjør hverandres ressurser, forstår hverandre ut fra en situasjonsforståelse og møter hverandre i samhandlingssituasjoner med utgangspunkt i tillit, og begge parter blir deltakere (Martinsen, 2003).

Omsorg er en grunnholdning som en sykepleier bør ha i tilnærmingen og i samspill med sine pasienter. Omsorg er måten sykepleieren møter pasienten på, så vel som måten hun handler på (Martinsen, 2003). Martinsen (2003) og Clancy (2020) skriver om det faglige skjønnet. Forfatterne mener at det er viktig at teknikken ikke fungerer over det faglige skjønnet. Clancy (2020) skriver at fastlåste prosedyrer og stram regelstyring kan få en helsesykepleiers skjønn til å stivne. Å anvende skjønn på en god måte er noe en sykepleier opparbeider seg gjennom erfaring i faget (Martinsen, 2003).

3.3 Samtaler med utsatte barn og unge

En god samtale ses på som en levende prosess, og innebærer et samspill mellom personer med ulike forventinger. Vi bærer alltid med oss våre følelser, behov og erfaringer inn i samtalen, som blant annet kan inneholde gode og dårlige erfaringer vi har fra tidligere samspills-situasjoner (Øvereide, 2009). Øvereide (2009) mener at intersubjektive samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner er hensiktsmessige. Dette er samtaler hvor den voksne søker en felles forståelse med barnet, og den voksne finner og respekterer barnets perspektiv

og erfaring i situasjonen. Dette kaller forfatteren for det intersubjektive medopplevende perspektivet i samtaler med barn (Øvereide, 2009).

Ruud (2021) skriver om samtaler med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner. Forfatteren mener det er tre overordnede prinsipper i kommunikasjon med barn og unge. Det første er å skape mening i situasjonen, som vil si å hjelpe ungdommen å forstå det hen har opplevd. Det andre er å bidra til at ungdommen beholder sin verdighet, til tross for en vanskelig livssituasjon. Det tredje forfatteren trekker frem er anerkjennelse av ungdommen. Forfatteren skriver videre at måten ungdom i vanskelige livssituasjoner blir møtt på, er av stor betydning. Relasjonen som skapes i møtene med ungdommene er derfor viktig (Ruud, 2021). Øvereide (2009) trekker frem betydningen av relasjonen i samtaler med barn og unge i vanskelige livssituasjoner. Forfatteren mener at det er omstendighetene rundt barn og ungdom som er avgjørende for om hvorvidt de klarer å formidle sine erfaringer i samtalene. For å oppnå dette ligger utfordringen på det relasjonelle planet, og hjelperen må skape trygghet og anerkjennelse, og bistå barnet eller ungdommen i samtalen om erfaringene. Når en hjelper bistår den andre i samtalen får den frihet til å uttrykke seg på sine premisser, og hjelperen har en støttende rolle i samtalen. Dette kaller forfatteren for en dialogisk samtale, hvor barnets eller ungdommens eget ønske om å uttrykke seg fremmes (Øvereide, 2009).

4 Metode

I dette kapittelet redegjør jeg for framgangsmåten jeg har valgt for å svare på problemstilling og forskningsspørsmål. I det følgende redegjør jeg for forskningsmetoden jeg har benyttet meg av, hvordan jeg gikk frem for å rekruttere, utvalget, datainnsamling, transkribering og analysemetode. I tillegg presenteres forskningsetiske vurderinger, før jeg til slutt belyser forskningens gyldighet og pålitelighet.

4.1 Valg av forskningsmetode

På grunnlag av at jeg i denne studien har undersøkt ungdoms erfaringer med rusoppfølging av helsesykepleier, har jeg brukt kvalitativ metode som ifølge Malteud (2017) brukes for å beskrive, analysere og fortolke ulike deler ved et fenomen, slik som egenskaper eller kvaliteter. Kvalitative metoder er godt egnet til å undersøke menneskelige egenskaper som for eksempel erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017), og var derfor et naturlig valg av metode for mitt forskningsprosjekt. Jeg har undersøkt ungdoms erfaringer med rusoppfølging fra helsesykepleier, og gjorde individuelle intervju som har gitt meg datamaterialet til denne forskningen. Kvale og Brinkmann (2015) skriver at i et kvalitativt forskningsintervju søker forskeren å forstå verden slik intervjupersonen forstår den. Videre skriver forfatterne at et intervju kan beskrives som en gjensidig utveksling av synspunkter i samtale mellom to personer om et tema som de begge er opptatt av. I intervjuene mine hadde jeg som mål å finne betydningen av ungdommene sine erfaringer og å få frem deres opplevelser av oppfølgingen. Ungdommene har bidratt til prosjektet gjennom å skape mening og forståelse rundt problemstillingen jeg har undret meg over, og målet har vært å bidra til kunnskapsproduksjon, gjennom å innhente beskrivelser om informantenes livsverden (Kvale og Brinkmann, 2015). For å finne svar på problemstillingen og forskerspørsmål ønsket jeg med intervjuene å søke etter informantenes refleksjoner, oppfattelser og forståelse knyttet til temaet «helsesykepleie til ungdom under rusoppfølging».

Når jeg som forsker har gjort intervjuene og arbeidet med analysering av datamaterialet har jeg søkt etter å oppnå en forståelse av ungdommene sine subjektive erfaringer. Jeg har derfor latt meg inspirere av den hermeneutiske retningen innenfor vitenskapsteori.

4.2 Vitenskapsteoretisk forståelse

Vitenskapsteori handler om «teoretisk og filosofisk refleksjon over kunnskap og vitenskap» (Thornquist, 2018, s.11). En av retningene innenfor vitenskapsteorien er den hermeneutiske tenkningen, og kalles også for fortolkningslære. Her er det forståelse og fortolkning som står sentralt, samt spørsmål om hvordan man best kan gå frem for å oppnå forståelse og gyldig fortolkning (Thornquist, 2018). Ifølge Thomas Krogh (2009) er filosofen Hans-Georg Gadamer (1900-2002) den som har hatt sterkest innflytelse innenfor hermeneutikken med sin oppfatning av hva hermeneutikk er. Slik jeg forstår Gadamer, handler hermeneutikk om at vi som mennesker er åpne for å forstå en annen oppfatning, som enten kan formidles fra et annet menneske eller fra en tekst (Krogh, 2009). Ifølge Gadamer har vi som mennesker en hermeneutisk måte å eksistere på. Vi forstår og fortolker hele tiden verden rundt oss (Thornquist, 2018). Gadamer har kritisert andre filosofer som har ment at vi alltid må legge fra oss alle tidligere oppfatninger og forståelser når vi skal søke etter å forstå en annen oppfatning. Gadamer mente at dette ikke er mulig, og at vi alltid innehar en førforståelse (i det følgende benevnt som forforståelse) som påvirker det nye vi forstår. Denne forforståelsen er en positiv forutsetning for forståelse, og vil være ulik fra person til person (Krogh, 2009).

Gadamer mente at forståelsen vår stadig er i utvikling, og at den påvirkes av sammensmelting av forståelseshorisonter. En forståelseshorizont er noe vi alltid har med oss, og den beveger seg sammen med oss. Den er i utvikling siden det stadig kan dukke opp nye ting, nye forståelser, i horisonten (Krogh, 2009). Når jeg har gjennomført intervju eller arbeidet med datamateriale fra intervjuene, har min forståelseshorizont smeltet sammen med intervjupersonens forståelseshorizont, og en ny forståelse har blitt til. Gadamer var også opptatt av noe han kalte den hermeneutiske sirkel. Dette forklarte han med at vi oppnår riktig forståelse bare når delene av det vi skal forstå, henger sammen med forståelsen av helheten (Krogh, 2009). Det vil si at vi beveger oss først fra en forståelse av helheten, til deler av helheten, og tilbake til helheten igjen.

Funnene som jeg presenterer i denne studien har jeg kommet fram til blant annet gjennom inspirasjon av hermeneutikken. Jeg har hele tiden hatt med meg min forforståelse, både da jeg gjennomførte intervjuene, samt i arbeidet med datamaterialet som har representert ungdommene sine erfaringer og forståelser. Dette har, som Gadamer skriver, smeltet sammen til en ny horisont. Gjennom arbeidet med denne forskningen har jeg gjentatte ganger beveget meg fram og tilbake mellom forskningsspørsmålet, og teori og empiri. Stadig ny forståelse av

det empiriske materialet gjorde at jeg måtte gjøre endringer på forskningsspørsmål og teorigrunnlag. I arbeidet med analyse av tekst, måtte jeg flere ganger gå tilbake i prosessen både for å lytte til opptakene, men også gjøre endringer av koder etter å ha studert datamaterialet ytterligere. Dette sammenligner jeg med det Gadamer mente om den hermeneutiske sirkel, at jeg bevegde meg fra helhet, til del, og tilbake til helheten igjen. Slik jeg ser det har jeg gjennom denne prosessen fått dypere innsikt og forståelse av ungdommene sine erfaringer med rusoppfølgingen de har fått av helsesykepleier.

Ifølge Malterud (2017) har alle som starter et forskningsprosjekt med seg en forforståelse i ryggsekken, som påvirker hvordan vi samler og tolker våre forskningsdata. Dette er i tråd med Gadamer's måte å tenke om forståelse på; at vi alltid har en forforståelse som påvirker hvordan vi forstår og oppfatter det vi studerer (Krogh, 2009). Malterud (2017) sier videre at vår kunnskap, faglige perspektiv, oppfatninger og erfaringer er med på å danne vår forforståelse, og påpeker at det ikke handler om *hvorvidt* forskeren påvirker forskningen, men *hvordan*. Kvale og Brinkmann (2015) mener at forskere som skal beskrive et fenomen fordomsfritt alltid må tilstrebe å sette sin egen forforståelse i parentes. Derfor har jeg gjennom hele forskningsprosjektet vært bevisst min egen forforståelse, som har påvirket min forståelse av intervjusituasjonene, og også datamaterialet, analysene og tolkningene jeg har gjort av datamaterialet. Jeg har fra tidligere ingen personlig erfaring med rusoppfølging av ungdom. Samtaler med ungdomskontakt i politiet, som har arbeidet med flere av ungdommene som har gått til rusoppfølging, gav meg en oppfatning av at noen av disse har gitt uttrykk for positive erfaringer med oppfølgingen de har fått av helsesykepleier, mens andre ikke har vært like fornøyde med oppfølgingen. Fra medier har jeg blitt presentert ulike perspektiver, både kritikk og ros, angående bruk av ruskontrakter som er en form for rusoppfølging. Jeg hadde i utgangspunktet ingen spesiell formening angående hvilke resultater jeg ville få av intervjuer og dataanalyse. Jeg har imidlertid gjennom mitt engasjement i helsesykepleierstudiene fått en forforståelse for at ungdommene blir møtt med respekt og tillit, og at alle møter har et helsefremmende fokus.

4.3 Utvalg og rekruttering av deltakere

Utvalget i denne studien er ungdommer over 16 år som var under, eller nettopp hadde avsluttet, rusoppfølging hos helsesykepleier. Rusoppfølgingen hadde blitt gjennomført i en kommune i Nord-Norge. Ungdommene skulle ha vært under rusoppfølging i minst seks måneder da intervjuet fant sted, og hadde vært i ulike situasjoner og hadde ulike forløp når det

gjaldt rus og rusoppfølging. Dette gjaldt også situasjoner om straffbare forhold. Det var kun ungdommer som hadde kompetanse til å samtykke selv som skulle rekrutteres. Dette vil si at de mest sårbare, de med tyngste erfaringer eller diagnoser, eller de som eventuelt kunne ha problemer med å forstå informasjonen om studien skulle ikke bli forespurt om å delta. Blant ungdommene som var under 18 år var det bare de ungdommene hvor foreldrene var informert om deres rusoppfølging som ble spurt om å delta i studien.

For å rekruttere informantene fikk jeg hjelp av helsesykepleiere som arbeider ved senteret som tilbyr rusoppfølging. Det ble utarbeidet et informasjonsskriv som helsesykepleierne fikk tilsendt i forkant av rekrutteringen (se vedlegg 1).

Flere ungdommer ble spurt om å delta i prosjektet, og seks av de forespurte takket ja. På grunn av studiets omfang ble det tidlig bestemt at et utvalg på seks informanter var ønskelig, og siden det var seks som takket ja, ble det ikke nødvendig å gjøre et tilfeldig utvalg. I en kvalitativ studie vil et stort antall deltakere kunne føre til at datamaterialet blir uoversiktlig, og i tillegg gjøre analysen overfladisk (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2009; Kvale og Brinkmann, 2015).

4.4 Datainnsamling

Alle informantene fikk spørsmål fra sin faste helsesykepleier om deltakelse i prosjektet. De fikk utdelt informasjonsskriv/informert samtykkeerklæringsskjema (se vedlegg 2) av helsesykepleier, og fikk betenkningstid før de skulle gi tilbakemelding om hvorvidt de ønsket å delta eller ikke. Ungdommene som var under 18 år, ble bedt om å ta informasjonsskrivet med hjem til foresatte for å sammen med dem vurdere om de ønsket å delta i prosjektet. Ungdommene som ønsket å delta kunne ta med signert samtykkeerklæringsskjema tilbake til helsesykepleier, eller de kunne sende det i posten (til meg via UiT) i en ferdig frankert konvolutt dersom de av ulike årsaker ikke ønsket at helsesykepleier skulle vite om deres deltakelse. Det har vært grundig planlegging for å bevare konfidensialiteten i prosjektet. Meldeskjema til NSD (Norsk senter for forskningsdata) er nøye gjennomarbeidet (se vedlegg 4), og jeg har utarbeidet en ROS-analyse (risikoanalyse) som ble sendt inn og godkjent av studieleder for masterprogrammene i helsefag ved UiT.

4.4.1 Intervjuguiden

Jeg brukte en semistrukturert intervjuguide som utgangspunkt for intervjuene, hvor jeg hadde listet opp temaer for intervjuet med tilhørende spørsmål, som hadde som formål å legge til

rette for å belyse ulike sider ved min problemstilling (Kvale og Brinkmann, 2015). Underveis i utarbeidelsen av intervjuguiden fikk jeg hjelp fra både medstudenter og veileder til å justere, legge til og fjerne spørsmål. I tillegg justerte jeg spørsmålene etter forespørsel fra NSD, med hensikt om at spørsmålene skulle kunne stilles til og forstås av ungdom ned til 16 års alder. Jeg var opptatt av å stille korte og enkle, og åpne spørsmål, for å legge til rette for at informantene kunne komme med innholdsrike svar. Jeg opplevde i noen av intervjuene at jeg måtte gjenta noen spørsmål som ungdommen ikke forsto. Dette tok jeg med meg til de neste intervjuene, og da forsøkte jeg å ordlegge meg på en annen måte for å forsøke å unngå misforståelser. Problemstillingen var grunnlaget for intervjuene, og jeg søkte etter å holde samtalen innenfor visse rammer, men jeg var også forberedt på å finne fokus utenfor disse rammene som var like relevante for å besvare problemstillingen (Malterud, 2017). Intervjuguiden inneholdt ingen spørsmål som omhandlet eksempelvis alder eller årsaksforholdet for rusoppfølgingen av hensyn til personvern. Intervjuguiden ligger som vedlegg til oppgaven (se vedlegg 5).

4.4.2 Gjennomføring av intervju

Fem av intervjuene ble gjennomført ved senteret hvor informantene ble rekruttert fra. Det sjette intervjuet ble gjennomført ved et annet offentlig bygg hvor informanten hadde tilholdssted på dagtid. Jeg var opptatt av å være fleksibel til hvor intervjuene ble gjennomført, for å minimere ulempen med deltakelse for informantene. Generelt skal fordelene for deltakeren og betydningen av kunnskapen som oppnås, veie tyngre enn risikoen for å skade intervjupersonen (Kvale og Brinkmann, 2015). De seks informantene som deltok brukte av sin fritid for å gjennomføre intervjuene. Alle fikk tilbud om å gjøre intervjuet via Skype slik at de skulle slippe å stille opp fysisk på et gitt sted, men ingen valgte dette alternativet.

Alle seks intervjuene ble gjort med lydopptak på min mobiltelefon, og ble lagret i nettskjema (Norges arktiske universitet). Alle ungdommene hadde skrevet under på samtykkeerklæringsskjemaet, og fikk informasjon om at dette og lydopptaket kom til å bli forsvarlig oppbevart fram til prosjektets slutt.

Varigheten på intervjuene varierte fra 23 min til 1 time og 10 min.

4.5 Transkripsjon

Som forsker har jeg ansvar for å sikre konfidensialitet i det skriftlige materialet fra intervjuene, samt vurdere konsekvenser for intervjupersonene når det gjelder

intervjusituasjonen (Kvale og Brinkmann, 2015). I dette skriftlige arbeidet har ingen navn blitt nevnt, og heller ingen andre identifiserbare opplysninger. Transkripsjonene ble gjort på bokmål, for å sikre anonymitet gjennom at ungdommenes dialekt ikke skulle gjenkjennes. Gjennom transkripsjonen måtte konfidensialitetshensynet vurderes igjen, i tillegg til å være bevisst på hvordan jeg som forsker streber etter å skrive frem informantene sine muntlige uttalelser på en måte som belyser det informantene hadde til mening å få frem (Kvale og Brinkmann, 2015). I et par intervju ble stedsnavn og personnavn nevnt ved en forglemmelse av informantene. Dette var jeg oppmerksom på under transkripsjonen, og skrev «[...]» som erstatning for navnene i datamaterialet.

Jeg kvalitetssikret validiteten på transkripsjonene ved å lese gjennom alle transkripsjoner mens jeg hørte på lydfilene. Jeg kunne da redigere eventuelle feil i det skriftlige materialet. Et par steder i intervjuene har det vært ord jeg ikke har forstått da jeg lyttet til lydfilen, og da har jeg skrevet «uforståelig ord» i parentes i transkripsjonen.

4.6 Analysemetode

Datamaterialet har jeg analysert ved hjelp av Johannesen, Rafoss og Rasmussens (2018) tematiske analyse. Dette er en studentvennlig analysemetode som er godt egnet til å analysere kvalitative data. Den beskrives av forfatterne som en grunnleggende og fleksibel tilnærming til kvalitativt materiale. Denne analysemetoden innebærer å se etter temaer i dataene som til sammen skal svare på forskningsspørsmålet. For å komme frem til et tema grupperes data med viktige fellestrekk, gjennom å identifisere og analysere sammenhenger og mønstre i hele datamaterialet (Johannesen, Rafoss og Rasmussen, 2018). Analysemetoden består av fire faser, men Johannesen et al. (2018) påpeker at analysen ikke nødvendigvis er en lineær prosess, men mer som et kontinuum hvor man som forsker kan bevege seg fram og tilbake mellom de ulike fasene. Dette kan også sammenlignes med den hermeneutiske sirkel som Gadamer beskriver (Krogh, 2009). Ved hjelp av systematisk lesing, flere ganger, gjennom datamaterialet gjorde jeg aktive søk etter mulige sammenhenger, mønstre og temaer.

I første fase av denne analysemetoden skulle jeg skaffe til veie, og få oversikt over datamaterialet (Johannesen et al., 2018). Dette arbeidet startet da jeg gjennomførte og transkriberte intervjuene, og fortsatte ved gjennomlesing av transkripsjonene samtidig som jeg lyttet til opptaket av intervjuet, for å sikre at transkripsjonene var mest mulig riktig og reflekterte det informantene hadde snakket om og ønsket å formidle. Etersom jeg som forsker aktivt gikk inn i datamaterialet i denne fasen, fikk jeg allerede her en tanke om hvilke utsagn

og temaer som kunne være interessante og relevante for problemstillingen. Tankene noterte jeg ned i en logg som jeg aktivt brukte gjennom hele analyseprosessen. Eksempelvis noterte jeg ned stikkord som etter hvert kunne danne grunnlag for temaer, slik som «tillit», «respekt» og «omsorg».

I fase to skulle jeg skape koder i tråd med Johannessen et al. (2018) sin tematiske analysemetode. I denne fasen gikk jeg gjennom hvert enkelt transkriberte intervju og identifiserte og kodet alle utsagn fra informantene som kunne danne grunnlag for interessante mønstre på tvers av datasettet. Kodene skulle være korte og presise, men inneholde tilstrekkelig informasjon for å være selvstendig meningsbærende, og samtidig var jeg bevisst på at kodene skulle gjenspeile det ungdommene faktisk hadde sagt. Jeg var opptatt av at kodene skulle være så tett på informantenes utsagn som mulig, men de ble likevel preget av mine tolkninger. Jeg samlet deretter alle utsagn som jeg mente var meningsbærende med tilhørende koder i ett dokument, og sorterte dem i en tabell. Arbeidet med kodingen vendte jeg tilbake til flere ganger i analyseprosessen. Jeg fant blant annet ut etter første koding at kodene ble for store. Derfor reviderte jeg kodene, før jeg gikk videre til neste fase.

Eksempelvis på koding av utsagnet: *...Jeg synes at det har vært fint å ha en fast å gå til...Det har vært enklere å få tillit..*

Første kode: *Enklere å få tillit når hen hadde bare én fast helsesykepleier.*

Revidert kode: *Tillit til fast helsesykepleier.*

I fase tre skulle kodene kategoriseres inn mer overordnede kategorier, som Johannesen et al. (2018) kaller temaer. På dette tidspunktet hadde jeg ikke helt klart for meg hva slags forskningsspørsmål som disse dataene kunne besvare, men jeg hadde en viss fornemmelse. Denne fasen ble derfor preget av en del prøving og feiling før jeg etter hvert så for meg forskningsspørsmålene i grove trekk. Jeg gikk deretter systematisk gjennom kodene og kategoriserte dem i temaer, som til slutt ble utgangspunkt for resultatene jeg har skrevet fram i kapittel fem. Den reviderte koden som nevnes over ble plassert under temaet: «*Fast helsesykepleier*».

Nedenfor er et lite utdrag fra tabellen med koder, reviderte koder og temaer. Jeg merket alle utdragene fra intervjuene med et kodennummer. På denne måten hadde jeg et system som gjorde at jeg enkelt skulle kunne finne tilbake til hvor de ulike utsagnene var hentet fra og hvilken informant som hadde kommet med utsagnene. Dersom en eller flere av ungdommene ønsket å trekke seg i etterkant av intervjuene skulle dette systemet også sikre at jeg kunne

identifisere hver enkelt ungdom sine utsagn i datamaterialet. Spørsmål fra meg er skrevet bak «L:» og svarene til informantene er skrevet bak «I:».

Nr	Kodenr	Intervjudata	Kode	Revidert kode	Tema
46	C13	L: Hvordan synes du det at du bare møtte den samme til samtale, hvordan synes du at det har påvirket stabiliteten i oppfølgingen? I: Eh, jeg tror det har vært helt nødvendig for at det i det hele tatt skulle være stabilt.	Å ha én fast helsespl til samtale har vært helt nødvendig for å ha en stabilitet i oppfølgingen	Fast helsesykepleier skapte stabilitet	Fast helsesykepleier
62	D13 D14	I: Nei, jeg synes det har vært veldig fint. Det blir på en måte litt mer helhet i det, og... jeg ser jo for meg at hvis jeg skulle gått til flere forskjellige, eller at det hadde vært vekslet på hvem jeg hadde vært hos så tror jeg det hadde blitt slitsomt, og liksom prate om det samme om og om igjen ikke sant, og skal prate om situasjonen sin om igjen til flere folk.	Har vært veldig fint å ha samtaler hos kun den faste i forhold til helhet i oppfølgingen. Hadde vært slitsomt å veksle mellom flere, og fortelle om situasjonen sin til flere folk.	Helhet med én fast helsespl Hadde vært slitsomt med flere helsespl	Fast helsesykepleier
98	E30	I: Ja, når vi har hatt de samtale så har vi snakket om flere temaer, om rus og sånn, at det er dårlig. Og så har vi jo på neste samtale så starter vi der vi slapp forrige gang, og så har det ja, blitt en viss helhet, fått snakket om hva som er bra og hva som er dårlig	Synes det har vært en viss helhet i oppfølgingen ved at de har startet samtalen der de slapp forrige gang.	Helhet med én fast helsespl	Fast helsesykepleier

Tabell 1: utdrag fra tabell med koder, reviderte koder og temaer

Fjerde og siste trinn i Johannessen et al. (2018) sin tematiske analysemetode kalles rapporteringsfasen. I denne fasen ble funnene fra de foregående trinnene skrevet frem i resultatdelen av oppgaven, og disse kommer frem i kapittel fem. I denne fasen er det vanlig å oppdage nye spennende sammenhenger i dataene (Johannessen et al., 2018). Dette erfarte jeg. Jeg hadde eksempelvis ikke tenkt å inkludere koder og temaer som omhandlet foreldrene, men innså underveis i arbeidet med å skrive frem resultatene at dette likevel var hensiktsmessig.

4.7 Forskningsetiske vurderinger

Etisk forsvarlighet i helseforskning er gjennom Helsinkideklarasjonen regulert av bestemmelser og veiledende reglement. All forskning innenfor helsefag som omhandler mennesker skal forholde seg til Helsinkideklarasjonen (Førde, 2014). Formålet er at alle

personer som deltar i forskning skal beskyttes mot eventuell skade eller fare som følge av forskningen (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2009). I dette prosjektet har jeg gjennomført intervjuer med ungdommer, enkelte av dem var under 18 år. I tillegg var intervjuene knyttet til det som kan tenkes var relativt sårbare temaer for ungdommene, og ungdommene selv hadde vært i en sårbar situasjon knyttet til rusoppfølging. Dette gjorde at jeg måtte reflektere nøye gjennom hele forskningsprosessen. Jeg har vært bevisst på at intervjuene skulle være minst mulig belastende for ungdommene. Ifølge Kvale og Brinkman (2015) er etiske spørsmål integrert i alle faser av en intervjuundersøkelse. Jeg har vurdert etiske spørsmål på forhånd og gjennom hele arbeidet med dette prosjektet.

Jeg sendte forespørsel til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for å undersøke om prosjektet var fremleggingspliktig (se vedlegg 6). Jeg fikk til svar at det var det ikke. På dette tidspunktet var planen for studien at jeg kun skulle inkludere ungdom på ruskontrakt. Inklusjonskriteriene ble endret i etterkant av nevnte søknad, men det ble vurdert at det ikke var behov for en ny søknad til REK på grunnlag av endringene.

Meldeskjema til Norsk senter for forskningsdata er nøye gjennomarbeidet, og den ble godkjent (se vedlegg 3). Samtykkeerklæringsskjemaene som ungdommene hadde skrevet under på låste jeg inn i et skap som kun jeg hadde tilgang til. Deltakelsen var frivillig, og jeg forsikret meg før hvert intervju at ungdommene visste at de kunne trekke seg når som helst fra prosjektet.

Jeg startet hvert møte med ny ungdom med å presentere meg selv og prosjektet, samt hensikten med prosjektet. Sammen med ungdommen som skulle intervjues ble informasjonsskrivet gjennomgått, for å sikre at ungdommene var godt informert om hva studien og deltakelse innebar. Jeg la særlig vekt på informasjon angående personvern og personidentifisering, og taushetsplikten min. Ungdommene fikk også informasjon om deres rett til å trekke seg (både før og etter intervjuene) helt fram til oppgaven skal leveres i november 2022, uten at dette ville medføre konsekvenser for dem. De fikk også informasjon om deres rett til å unnlate å svare på spørsmål, uten at de måtte oppgi noen grunn.

Som forsker hadde jeg et ansvar for å ta vare på intervjupersonene i intervjuene, og som intervjuer var jeg opptatt av å skape en hyggelig atmosfære i rommet, og søkte etter å skape trygghet for ungdommene. Jeg anerkjente dem ved at jeg lyttet interessert og «tunet meg inn» på deres historier. Jeg viste respekt og forståelse for hver og en av dem, og gav dem tid i

samtalen. Jeg var opptatt av at de skulle kjenne på at jeg virkelig satte pris på at de brukte av sin fritid for å snakke med meg, og at de skulle vite at jeg syntes at det de formidlet var betydningsfullt og viktig.

Før jeg startet intervjuene gikk jeg gjennom hvilken informasjon vi ikke skulle snakke om under intervjuet: navn på personer eller stedsnavn, navn på senteret hvor oppfølgingen hadde funnet sted, eller andre opplysninger om personer eller sted som kunne være gjenkjennbart og personidentifiserende. Jeg la også vekt på at vi ikke skulle snakke om grunnlaget for rusoppfølgingen, av hensyn til den enkelte. Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at det kan være fristende for informanter å gi opplysninger i intervjusituasjoner som de i ettertid kan angre på at de har gitt, og begrunner det med at åpenheten og intimiteten i intervjusituasjoner kan åpne opp for dette. Disse faktorene var jeg også oppmerksom på i utarbeidelsen av intervjuguiden. Jeg unnlot å stille spørsmål som søkte etter annet enn ungdommene sine erfaringer med rusoppfølgingen.

Før jeg gjennomførte intervjuene hadde jeg tenkt gjennom at det potensielt kunne dukke opp ting som ungdommene kunne ha behov for å snakke med noen om i etterkant av intervjuene. Intervjuene har handlet om erfaringene de har med oppfølgingen de fikk av helsesykepleier under rusoppfølging, og tematikken som ble berørt er i høyeste grad personlig og kanskje også sensitiv for ungdommene. Siden alle ungdommene ble rekruttert gjennom sin faste helsesykepleier, var helsesykepleierne informert om intervjuene og at det kunne bli behov for ungdommene å snakke med dem om intervjuene i etterkant. I tillegg tok jeg meg tid etter at lydopptaker var slått av til å snakke mer med de av ungdommene som ønsket det. Jeg la vekt på å sikre at ungdommene ikke skulle sitte igjen med en følelse av stress eller anger i etterkant av intervjuene, og at de visste at de hadde anledning til å ta kontakt med meg dersom de på et senere tidspunkt kom til å angre på noe av det som hadde blitt sagt.

4.8 Gyldighet og pålitelighet

I denne studien har jeg hatt som mål å undersøke ungdoms erfaringer med rusoppfølging fra helsesykepleier. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det viktig å vurdere gyldigheten, eller validiteten, i en forskning, og dette skal man som forsker gjøre kontinuerlig gjennom prosessen. Dette kan sammenlignes med en slags kvalitetskontroll hvor metoden vurderes, og om prosjektet undersøker det det skulle gjøre. Forskningsprosessen for studien har blitt tydelig fremstilt, slik at den kan følges av leser, og på denne måten ikke råder tvil om hvordan jeg har kommet fram til studiens resultater, herunder også å sikre at uttalelsene til

ungdommene fremstilles så riktig som mulig (Kvale og Brinkmann, 2015). Dette er noe jeg har vært bevisst på gjennom hele prosessen.

I denne studien er det overordnede formålet å kunne forbedre helsesykepleiers arbeid til ungdom som er under rusoppfølging. Arbeidet vil også kunne være nyttig for andre yrkesgrupper som jobber med det samme.

5 Resultater

Jeg vil i dette kapitlet presentere hovedfunn som har fremkommet etter at datamaterialet har vært gjennom Johannesen, Rafoss og Rasmussens (2018) sin analyse på fire trinn.

Det vil det være utdrag fra intervjuene i kapitlet. Enkelte steder har jeg merket ungdommenes utsagn med «I» og meg selv med «L». Der hvor jeg har brukt «[...]» har jeg fjernet noe fra teksten som jeg ikke har ansett som betydningsfull for utdraget.

5.1 Fast helsesykepleier gir kontinuitet og trygghet

Alle ungdommene fikk spørsmål om hvorvidt de har møtt samme helsesykepleier hver gang de kom til oppfølging eller ikke. Samtlige ungdommer fortalte at de hadde vært til alle samtaler hos sin faste helsesykepleier, men ved noen få anledninger hadde de møtt en annen fra personalet for å avlegge rusprøve, dersom deres faste helsesykepleier ikke var til stede. Ungdommene snakket om ulike faktorer som gjorde at det var betydningsfullt for dem å møte den faste helsesykepleieren til samtale. Det hadde betydning for helheten og stabiliteten i oppfølgingen at de kom til oppfølging hos deres faste helsesykepleier, og det ble trukket frem at det var nøkkelen for at oppfølgingen var bra. Ungdommene snakket om at det var fint at de og helsesykepleier kunne fortsette samtalen der de avsluttet sist de møttes, og de mente at det ville vært slitsomt å fortelle det samme om og om igjen til flere mennesker. At ungdom og helsesykepleier hadde truffet hverandre flere ganger og hadde blitt kjent, gjorde det enklere å forklare ting og lettere for helsesykepleier å forstå. Siden alle ungdommene har vært i en mer eller mindre sårbar situasjon knyttet til rus, kan det tenkes at det ikke har vært ønskelig for dem å åpne seg for flere av personalet angående sin situasjon. En av ungdommene uttrykte tematikken på denne måten:

Nei, jeg synes det har vært veldig fint (å gå til samtaler hos den faste). Det blir på en måte litt mer helhet i det, og ... jeg ser jo for meg at hvis jeg skulle gått til flere forskjellige, eller at det hadde vært vekslet på hvem jeg hadde vært hos så tror jeg det hadde blitt slitsomt, og liksom prate om det samme om og om igjen ikke sant, og skal prate om situasjonen sin om igjen til flere folk.

En av ungdommene la vekt på at det var viktig for hen å ha en fast helsesykepleier å samtale med:

Jeg synes at det har vært fint å ha en fast å gå til... Det har vært enklere å få tillit.

Forholdet til helsesykepleieren fremheves som at det hadde vært bra, og at helsesykepleieren har blitt sett på som en som vil hjelpe ungdommene på veien til å bli rusfri, i tillegg til å være

en god motivator i samtaler. Å ha én fast helsesykepleier gjorde at de ble fort kjent, og at det da var mer komfortabelt å snakke med henne. Resultatet av at de to partene har blitt kjent ble av én ungdom beskrevet slik:

...det gjør at det er lettere å komme hit, og at jeg ikke sitter hjemme og gruer meg til å komme hit, sånn som jeg gjorde i starten.

En annen av ungdommene forklarte hvorfor forholdet til den faste helsesykepleieren har vært bra:

Hun er veldig hyggelig og åpen, man kan jo snakke om alt med den... og så... ja det er egentlig det. [...] Jeg tror ikke egentlig det (gode forholdet) har påvirket noe. Det er bare mer komfortabelt å komme dit, hvis man har samme person, og er trygg på den.

Ungdommene snakket om at de følte seg trygg på helsesykepleieren, og at de kunne stole på henne. De turte å snakke med henne om ting som hadde skjedd, men påpekte at dette gjaldt ikke i starten av rusoppfølgingen. For noen hadde det vært lettere å prate med helsesykepleieren om rusrelaterte forhold enn med foreldrene hjemme, fordi det følte sunnere å prate med noen som dem ikke bor sammen med. Dette ble begrunnet med at da slapp foreldrene å gå rundt å bekymre seg eller gå rundt å ikke synes noe om det som ble snakket om. I tillegg følte ungdommene at helsesykepleieren lettere og bedre forsto hva de snakket om, og tenkte at det handlet om at helsesykepleieren var vant til å være med ungdommer og arbeidet med ungdommer hver dag.

Alle oppfølgingssamtalene ble som nevnt tidligere gjennomført utelukkende med den faste helsesykepleieren. En av ungdommene fortalte dette:

...det har vært veldig bra. Det synes jeg. Jeg har kommet veldig godt overens med henne. Hun er veldig hyggelig å prate med så.. Så mange ganger så har jeg sett fram til samtalene også.. de aller fleste gangene så har jeg gjort det. Det har jo ikke vært noen ganger jeg egentlig ikke har sett fram til det. Men enkelte dager så har jeg mer på hjertet enn andre dager, som jeg har lyst til å prate om, og så da synes jeg det er godt å kunne prate med noen om det. [...] Jeg kommer til å savne henne når jeg er ferdig.

Ungdommene trakk frem at de kunne snakke med helsesykepleieren om alt etter hvert som de ble kjent med henne og følte at de kunne stole på henne. Temaer som ble nevnt som de snakket om var sosiale relasjoner og miljø, vanskelige situasjoner knyttet til rus, fysiske og psykiske utfordringer, jobb og skole. Også trivielle ting slik som hva som foregikk generelt i livet, eller hva ungdommen hadde gjort i helgen.

Ungdommene kunne i intervjuene fortelle at helsesykepleieren deltok på tverrfaglige møter sammen med ungdom og foreldre (det var ikke i alle tilfeller at foreldrene var delaktig i møtene). Disse møtene opplevdes betydningsfulle fordi det gjorde at flere fikk innblikk i ungdommens «sak». Jeg tolket dette som at ungdommen syntes det var betydningsfullt for videre samhandling, og dette bekreftet ungdommen. Ungdommen fortalte videre at det var fint at foreldrene deltok, fordi da var de informert om oppfølgingen på lik linje med ungdommen, som gjorde at ungdommen slapp å gjenfortelle hjemme. I tillegg kunne ungdom, foreldre og helsesykepleier arbeide som et lag, og at helsesykepleier fungerte som en slags megler mellom ungdom og foreldre, og dette var også av betydningsfull karakter. Det kom også frem i intervjuene at det var nyttig å snakke om familie- og vennerelasjoner med helsesykepleieren, fordi helsesykepleieren kom med nyttige innspill og hjalp ungdommen å se relasjonene fra flere sider. Det var fint at helsesykepleieren brukte verktøy som «nettverkskart» for å finne ut hva slags personer i ungdommens miljø som var bra eller ikke. En annen av ungdommene nevnte at helsesykepleieren hadde anbefalt hen å endre sitt sosiale miljø, noe denne ungdommen i ettertid hadde gjort.

5.2 Betydningen av god og riktig informasjon

Noen av ungdommene satte pris på informasjonen og kunnskapen som helsesykepleieren delte med dem. En av ungdommene syntes at det raskt føltes trygt i samtalene ved at helsesykepleier hadde mye kunnskap, og at den gode informasjonen gjorde at ungdommen ble bedre kjent med seg selv. En annen fortalte at alle samtalene og alt de har snakket om hadde bidratt til at hen bestemte seg for å slutte med rus. Helsesykepleier hadde fortalt om rus og vist informative videoer om hva som er negative effekter av rusmidler. Av dette hadde ungdommene lært ting de ikke visste fra før, samt lært om ting de *trodde* de visste fra før. Dette hadde påvirket måten den ene ungdommen etter hvert tenkte om rus og alkohol. En av ungdommene fortalte dette:

..og ikke sant, så synes jeg det har vært litt sånn interessant å høre om alt som hun kan i forhold til sånn narkotika og sånn og bli litt mer klar på hva det egentlig innebærer, og hva som egentlig skjer, det synes jeg jo har vært spennende. Så jeg har jo på en måte sett fram til å lære om det også. [...] Nei, altså, det har jo gjort meg mer reflektert over valg og ting og stoff og, ja.. Så etter at jeg har gått her så kommer jeg jo ikke til å gjøre noe sånt på nytt igjen, det gjør jeg jo ikke. Fordi jeg vet jo for min del i alle fall at konsekvensene av å gjøre sånne ting er så mye større enn det du får av å ta de der stoffene, ikke sant...

Det ble også nevnt at kunnskapen helsesykepleieren viste og delte gjorde at det føltes trygt i samtalene.

En annen av ungdommene uttalte at rusoppfølgingen hjalp der og da for at hen skulle holde seg rusfri, men poengterte at det var hens eget valg i etterkant av rusoppfølgingen om hen ville slutte å ruse seg eller ikke. Hen uttrykte at helsesykepleieren hadde gitt tips til hvordan hen skulle få det til, men at dette også til syvende og sist kom til å bli opp til ungdommen selv når hen var ferdig med oppfølgingen.

5.3 Respekt og likeverd

Ungdommene snakket en del om hvordan de ble møtt ved senteret, både av personalet som helhet, men også hvordan de ble møtt av helsesykepleier. Slik jeg tolker det de har fortalt så tenker jeg at det de opplevde var å bli møtt på en respektfull måte. Personalet var hyggelige og imøtekommende, de smilte og var rolige. Noen beskrev helsesykepleieren som behagelig å snakke med, og at hun snakket med en varm tone. Den ene av ungdommene snakket mye om det jeg har tolket som respektfulle møter:

det har jo vært trivelig her i fra første stund, og jeg har ikke følt meg til bry, det har jeg jo ikke...mens hos fastlegen så har jeg jo følt det litt sånn. [...]...så er jeg jo veldig fornøyd med samtalene, og folket her også. Jeg syns jo det er veldig hyggelig å komme inn døra her, og dem er jo veldig trivelig dem som sitter i skranken. [...] og dem møter deg bestandig med et smil og sånt, og... det har jo mye å si synes jeg. [...] Jeg synes at hun har...det er liksom måten hun er på. Hun har vært på en måte veldig god å prate med. Hun er flink å høre på, og flink i det hun forteller ikke sant, hun er jo veldig trivelig og veldig blid og sånn. Det er jo noe....hvis du kommer til noen som er, ser veldig sur ut og smiler ikke eller noe sånn, da...du blir ikke veldig fristet til å åpne deg om ting og sånt.....så det har veldig mye med utstrålingen hennes også å gjøre.. at jeg har følt meg så trygg på en måte.

Et par av ungdommene påpekte at de aldri hadde opplevd at helsesykepleier hadde snakket stygt til dem, med en nedlatende tone eller at hun hadde kjeftet på dem. De sa at selv hadde de aldri vært sur på helsesykepleieren, og trodde heller ikke at hun hadde vært sur på dem. Disse ungdommene virket tydelig positivt overrasket over måten de hadde blitt behandlet på. En av dem fortalte at hen hadde forventninger i forkant om at det skulle være et strengt «politi-opplegg», der helsesykepleier bare skulle si «nei, nei, nei», men at hen hadde opplevd oppfølgingen som noe helt annet.

Flere fortalte at de fikk snakke om det de selv ønsket å snakke om i samtalene, og at helsesykepleieren satt og lyttet når de fortalte. En ungdom fortalte at hen hadde fått komme med det hen hadde på hjertet, og at helsesykepleieren hadde spurt om ungdommens mening om det de snakket om. Helsesykepleieren hadde undret seg sammen med ungdommene. Dette fortalte en av ungdommene om det jeg har tolket som likeverd i samtalene:

Vi pratet jo egentlig om det meste. Det var jo veldig sånn, vi pratet jo mye om hva som foregikk i livet mitt og.. [...] Så det var veldig mye vi pratet om, mye sånn.. jeg synes det var fint å kunne prate litt om sånn personlige ting også, så det fikk vi også pratet litt om. Så det synes jeg jo har vært fint. Så det har liksom vært en blanding mellom det faglige hun kan, og ting som jeg har hatt på hjertet som jeg har hatt lyst til å luften så det har liksom vært en veldig sånn, det har vært veldig sånn balansert. Det har ikke vært sånn at jeg har, med mine ting, hva heter det... overkjørt henne med det hun skulle informere meg om eller motsatt, det har blitt balansert liksom synes jeg. [...] Og så synes jeg det er trivelig at hun faktisk virker interessert i det jeg har å fortelle også.

5.4 Diskresjon og fleksibilitet

Ungdommene syntes det var ubehagelig med rusprøvene i starten, men snakket om flere faktorer som jeg tenker kan knyttes til at ungdommene mente at helsesykepleier var diskret i sine handlinger, og dermed gjorde det mer komfortabelt for ungdommene. De kunne blant annet fortelle at helsesykepleieren måtte forlate rommet de første gangene for at de skulle klare å gjennomføre prøven, men at de etter hvert ble vant til prøvene, og mer komfortable med gjennomføringen. Ungdommene fortalte også om tilliten ungdommene fikk fra helsesykepleier etter hvert som de hadde rene prøver. Tilliten gjorde at helsesykepleier sluttet å stirre når de skulle avlegge prøvene, og dette syntes de var behagelig. Noen ganger tok helsesykepleieren opp en skapdør slik at hun ikke stirret på ungdommen, eller slo på springen. Det fremkom også en erkjennelse for at helsesykepleieren måtte kontrollere prøvetakingen i starten av oppfølgingen. Helsesykepleier pleide å holde en samtale i gang samtidig som ungdommene skulle avlevere prøve, og dette syntes ungdommene var betydningsfullt. Den ene av ungdommene omtalte dette slik:

[...] det rommet der hvor du tar de prøvene, det er liksom... hun står ikke oppi deg liksom. Men hun har fortsatt kontroll, selv om hun ikke ser på deg eller står nært deg sånn sett. Så det føles mer behagelig på en måte.. [...] Neida, det var veldig fint. Så jeg tror nok at når jeg klarer å holde en samtale gående når man skal levere de prøvene også samtidig, så tror jeg nok at da, da sier det kanskje seg selv at da går det ganske greit. Så jeg tror nok det at vi har hatt et godt forhold også har gjort det at jeg klarer å levere prøvene enklere.

Positive rusprøver ble i flere av tilfellene (hvor ungdommene hadde inngått avtale om rusoppfølging sammen med foreldrene), rapportert til foreldrene. Det ble fremhevet at dette kunne påvirke tillitsforholdet mellom ungdommen og foreldrene i negativ retning.

Ungdommene snakket om at en av ulempene med oppfølgingen var at det var slitsomt å måtte møte opp, samtidig som de mente at det ikke hadde gått ut over noe. Det ble påpekt at

helsesykepleier hadde vist hensyn og vært fleksibel når det gjaldt når på dagen timene til oppfølging ble satt opp. Noen hadde hatt oppfølging før skoletid dersom de startet sent en dag i uka. Andre hadde fått oppfølging sent på dagen slik at de fikk minst mulig fravær fra jobb. Det var også tilfeller hvor ungdom skulle på ferie, og kunne da hoppe over en oppfølging. Dette hadde vært betydningsfullt for dem det gjaldt. En av ungdommene uttrykte dette da jeg spurte om hvordan hen overordnet sett syntes det hadde vært å gå til rusoppfølging hos helsesykepleier:

[...] greit og slitsomt etter hvert. Det går mest på det at jeg må dra meg fra jobb hele tiden, så jeg kunne valgt å si at det var plagsomt, men nå er det jo jeg som har valgt å sette meg i denne situasjonen.

5.5 Omsorgens ulike sider

Gjennom tolkningen og analyseringen av datamaterialet har jeg kommet fram til at alle ungdommene har snakket om omsorgen de har fått av helsesykepleier gjennom oppfølgingen. En av ungdommene snakket spesifikt om omsorg da hen fortalte dette:

...det har vært ganger det bare har vært veldig fint å ha noen å snakke med om eh... liksom å bare få en type omsorg..

Dette sitatet kan forstås som at denne ungdommen har satt pris på samtalene hen har hatt med helsesykepleieren, og kjent på omsorgen hen har fått gjennom samtalene de har hatt sammen.

Jeg spurte også ungdommene om hvorvidt de følte at de har fått den hjelpen og støtten de har hatt behov for. Dette syntes de at de hadde fått, og en av ungdommene utdypet dette nærmere:

[...] jeg har hatt veldig mye samtaler og følt på veldig sånn sterk støtte.. Jeg hadde på en måte ønske om å bli rusfri, men var ambivalent.. og så kom hun som en veldig sånn viktig støttespiller. [...] Noe av det beste med oppfølgingen har vært at det liksom virker som at hun virkelig har brydd seg om meg.. at hun liksom har tatt seg tid til meg...

At helsesykepleier var en motivator i samtalene var også en faktor som ble fremhevet, og at hun bidro gjennom samtalene med å hjelpe ungdommene til å få økt motivasjon med tanke på å bli rusfri.

Det var også betydningsfullt for ungdommene å bli møtt med forståelse. De forklarte at forståelsen de ble møtt med bidro til at det følte trygt å være til samtaler hos helsesykepleieren. De mente at helsesykepleieren forsto seg på dem, og lyttet til det de hadde å si. Den ene av ungdommene snakket om temaet på denne måten:

Nei altså, det virker som at hun forstår ganske godt hvordan ungdom for eksempel nå til dags har det. Hun forstår for eksempel hvordan jeg har det. Hun plukket egentlig ganske fort opp hvilken person jeg er, så ja, det har ikke vært noe vanskelig å forklare noe til henne eller noe sånn.

Senteret var et hyggelig sted å komme til. Noen av ungdommene fortalte at dette var noe av det de syntes var best med oppfølgingen. Personalet var veldig hyggelig og trivelig, og det kom frem at ungdommene alltid ble tatt imot med et smil, og det som ble beskrevet som «en varm velkomst». Dette framsto som viktig for ungdommene. At det var så komfortabelt å komme dit som det var, gjorde at ungdommene selv kunne komme inn døra med et smil. Da jeg spurte en av ungdommene om hen kunne fortelle litt om hvordan forholdet til helsesykepleieren har vært fikk jeg dette svaret:

Bra. Ja, nesten som man gleder seg til å komme hit.. hun er veldig hyggelig, og jeg stoler i alle fall veldig mye på henne. Så ja, jeg blir nesten aldri i dårlig humør fordi jeg må komme meg fra jobb for å komme hit og ja. Jeg synes det er en liten opptur i uken eller i måneden å komme hit.

Noen av ungdommene fikk hjelp av helsesykepleieren til blant annet seksuell helse og psykisk helse, og dette ble satt pris på. En annen hadde fått administrativ praktisk hjelp i forhold til utredning av en diagnose. Denne ungdommen var svært fornøyd med all hjelp hen hadde fått under oppfølgingen. Den samme ungdommen fortalte at hen hadde lagt inn ønske om å fortsette å komme til samtaler og rusprøver etter at oppfølgingen egentlig er avsluttet, for å forhindre tilbakefall til rusen. Utdrag fra intervjuet:

...når jeg er ferdig med oppfølgingen, som gjorde at jeg kom hit, den oppfølgingen med mamma og alle de der.. så spurte jeg hun (helsesykepleieren) om jeg kunne komme hit ekstra...når den vanlige oppfølgingen er ferdig, om jeg kunne komme flere ganger hit ..sånn at jeg var sikker på at jeg ikke, at jeg holdt meg unna alt det der, så sa hun ja at jeg kunne komme når som helst.

Erfaringene med rusoppfølgingen har ikke utelukkende vært positiv fra ungdommene sin side. Noen kunne fortelle at de syntes rusoppfølgingen var slitsom, særlig i begynnelsen når det var oppmøte to ganger i uken. Enkelte av ungdommene kjente på mye irritasjon i forbindelse med oppmøte i starten av oppfølgingen, men dette bedret seg etter hvert. Det ble også nevnt uheldige konsekvenser av oppfølgingen, slik som mye fravær fra jobb og dårligere karakterer på grunn av mye fravær fra skolen.

6 Diskusjon

6.1 Helseysykepleiers faglige ståsted og ansvar for ungdom under rusoppfølging

Jeg kommer i det følgende til å presentere helseysykepleiers oppgaver og ansvar knyttet opp mot ungdom under rusoppfølging. Jeg belyser ulike perspektiver innenfor helseysykepleierens helsefremmende og forebyggende arbeid og ser det i sammenheng med det som ble løftet frem av ungdommene under intervjuene.

En stor og viktig del av helseysykepleiers mandat er å arbeide forebyggende, helsefremmende og endringsfokuset i møte med barn og ungdom, og deres familier (Glavin og Helseth, 2009; Helsedirektoratet, 2017). Formålet med oppgavene til helseysykepleieren er å bidra til en mer helsefremmende livsstil til målgruppene, og helseysykepleieren jobber både på system- og samfunnsnivå, gruppenivå og på individnivå (Forskrift om nasjonal retningslinje for helseysykepleierutdanning, 2021). Helseysykepleiere er spesialsykepleiere med videreutdanning innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid, og har gjennom utdanningen utviklet forståelse for hvordan faktorer i samfunn og miljø, samt personlig karakter skaper betingelse for helse. Hun kjenner til faktorer som kan virke gunstig inn på helsen, og kan vurdere risiko for sykdom og skade. En helseysykepleier har ferdigheter innenfor opplysnings-, veilednings- og rådgivningsvirksomhet. Det påpekes at tverrfaglig samarbeid er en forutsetning for å få til dette arbeidet (Glavin og Helseth, 2009).

Helseysykepleierne som arbeider med ungdom under rusoppfølging arbeider for å forebygge utvikling av et mulig rusmiddelproblem. Jeg bruker betegnelsen «mulig», fordi denne gruppen ungdom ikke nødvendigvis har utviklet et rusmiddelproblem, men har blitt tatt for et narkotisk lovbrudd eller har annen tilknytning til illegal rus. De har enten selv tatt kontakt med senteret for oppfølging eller tatt kontakt sammen med foreldrene. Det kan tenkes at disse ungdommene er i risiko for å senere utvikle en større avhengighet, da alder for førstegangsbruk, samt tidlig og hyppig rusbruk øker risikoen for rusmisbruk og avhengighet senere i livet (Nagy et al., 2017). Langvarig rusmisbruk er assosiert med blant annet for tidlig død, akutte og kroniske helseskader og problemer, så vel som sosiale problemer slik som marginalisering og konsekvenser av kriminalitet. Det påpekes også at rusmiddelbruk ikke bare er skadelig for den det gjelder, men kan også skade andre og påføre familie og venner bekymring (Gjersing, 2018).

Garsjø (2018) diskuterer ulike samfunnsdebatter som omhandler individets frihet og

samfunnets ansvar. Forfatteren skriver blant annet om debatten angående legalisering av hasj, hvor det argumenteres for at enkeltmennesket bør har retten til å kunne skade seg selv. Forfatteren skriver at problemet med rusmiddelbruk er at det sjeldent kun skader brukeren. Ofte blir familie og andre nære rammet, så vel som det indirekte rammer resten av samfunnet da det er ressurskrevende å hjelpe narkomane ut av rus (Garsjø, 2018). På denne måten vil forebygging av et fremtidig rusmiddelproblem hos ungdommene også kunne tenkes å være forebyggende for familie og venners liv og bekymringer. I så måte kan det sies at helsesykepleieren ikke bare jobber individrettet mot ungdommene, men indirekte også samfunnsrettet.

Samfunnet er i stadig endring, og sosiale forskjeller i samfunnet fører til ulikheter i folkehelsen. Dårlig økonomi og arbeidsledighet er faktorer som bidrar til å forsterke forskjellene (Glavin og Helseth, 2009), og dette kan bli noen av konsekvensene ved langvarig rusmiddelbruk (Gjersing, 2018) Alle disse faktorene har helsesykepleier kunnskap om, og er en del av hennes mandat ved forebyggingsarbeidet rettet mot ungdom under rusoppfølging.

Helsefremmende arbeid til denne brukergruppen dreier seg om å legge til rette for en god helse og livskvalitet, med utgangspunkt i den enkelte ungdoms forutsetninger og situasjon (Helsedirektoratet, 2017). God helse og livskvalitet er et subjektivt fenomen (Misvær og Helseth, 2017), og mandatet til helsesykepleieren vil være å ha en helhetlig tilnærming til ungdommene, for på denne måten å finne ut hvilke områder i livet ungdommen har behov for hjelp og støtte til.

6.1.1 Helsesykepleiers tilnærming – helhetlig og mangesidig

Ut fra hva ungdommene fortalte i intervjuene kom det frem at de hadde snakket med helsesykepleier om mange ulike faktorer som hadde innvirkning på livene deres. Det som ble nevnt var sosiale relasjoner og miljø, vanskelige situasjoner knyttet til rus, fysiske og psykiske utfordringer, jobb, skole og også trivielle ting slik som hva ungdommen hadde gjort i helgen eller generelt hva som foregikk i livet. I tillegg snakket flere av ungdommene om hvordan de fikk hjelp til for eksempel utredning av en diagnose, og noen fikk også hjelp til seksuell og psykisk helse. Dette gir et bilde på at helsesykepleieren har sett på helheten i situasjonen til ungdommene.

Det kom også frem i intervjuene at ungdommene syntes det var fint å kunne snakke om private ting. Enkelte dager hadde ungdommene mer på hjertet, og da var det godt å kunne ha

noen å prate med. Dette kan tolkes som at ungdommene har fortalt helsesykepleieren om vanskelige aspekter ved livene deres. Flere av ungdommene fortalte at de ikke stolte nok på helsesykepleieren til å snakke om det som var vanskelig i starten av oppfølgingen, men etter hvert ble de kjent med henne og kunne derfor snakke med henne om alt. Clancy (2012) mener at en helsesykepleier må være åpen for å forstå fenomener ved livet som ikke kan standardiseres eller tallfestes. Dette betyr at hun ikke kan se på en person som en standardisert kropp med spesifikke egenskaper. Clancy (2012) mener videre at ved å møte et menneske flere ganger skapes en kontinuitet som kan bidra til å øke forståelsen for kompleksiteten i den andres liv. Forfatteren påpeker at ungdommer ikke kan forstås isolert fra sine livserfaringer, og i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2017) mener hun at helsesykepleieren må se hver enkelt ungdom i sin sammenheng (Clancy, 2012).

Clancy (2012) mener det er viktig at helsesykepleier har en bred forståelseshorisont i møte med ungdommene, før hun forsøker å tolke og forstå hele bildet. Ut fra dette bildet kan helsesykepleier forsøke å hjelpe den andre (Clancy, 2012). Samtidig skriver forfatteren at det er nærmest umulig for en helsesykepleier å få en helhetsforståelse, en forståelse av hele bildet. Vi skal strebe etter det, men det vil være vanskelig å få til. Dette forklares ut fra at alle mennesker, inkludert helsesykepleiere, er aktører i det sosiale feltet og ser og forstår en situasjon ut fra sine egne «briller» (Clancy, 2012). Det vil si at to helsesykepleiere mest sannsynlig vil se og forstå en og samme situasjon på to ulike måter på grunn av ulik forforståelse og erfaringsgrunnlag. Dette kan knyttes til Gadammers teori om vår hermeneutiske måte å eksistere på: vi forstår og fortolker kontinuerlig alt vi omgir oss med (Thornquist, 2018), og vi har alltid med oss en førforståelse som påvirker måten vi forstår på (Krogh, 2009).

Slik jeg tolker det har helsesykepleieren gjennom samtalene med ungdommene fått en oversikt over hva som var viktig for den enkelte å snakke om eller få hjelp til, og på denne måten gjort en kartlegging av ungdommen, både fysisk, psykisk og sosialt. Dette kan knyttes til Antonovskys (2012) teori om salutogenese i møte med mennesker, og hvordan en hjelper med et salutogenetisk blikk kartlegger hele mennesket for å søke etter svar på de bakenforliggende årsaker til menneskets helsetilstand.

Ifølge Antonovsky sin (2012) teori utvikler opplevelsen av sammenheng (OAS) seg hele livsløpet, altså også gjennom barndom og ungdomstiden. Mattila et al. (2011) viser til tidligere forskning når de skriver at levekår og sosial støtte representerer barnets viktigste

eksterne mestringsressurser mot utfordringer i livet, og det er sammenheng mellom mestringsressurser og mulighet for sterk opplevelse av sammenheng. For ungdom er god helse assosiert med sterk opplevelse av sammenheng, og også assosiert med gode valg knyttet til egen helse og livskvalitet. For eksempel er det flere ungdommer som har lav OAS som røyker sammenlignet med ungdommer med høy score. Mattila et al. (2011) forsket på sammenhengen mellom OAS og helseatferd hos ungdommer på 15 år. Forfatterne fant en sterk sammenheng mellom sterk OAS og atferd som blant annet mindre alkoholbruk og ikke-røyking (Mattila et al., 2011). Nagy et al. (2017) forsket på risikokompetanse i forhold til håndtering av alkohol og andre rusmidler i ungdomsårene. De fant blant annet en sterk sammenheng mellom OAS og mestringstro. I tillegg fant de også at ungdom som scoret høyt på mestringstro rapporterte mindre risikofylt stoffbruk (Nagy et al., 2017). Disse forskningene underbygger viktigheten av å arbeide med et salutogenetisk blikk.

Gjennom en helhetlig tilnærming, og utforskning av mange ulike faktorer som påvirket ungdommene sine liv, kan det tenkes at helsesykepleieren kunne identifisere ulike helsefremmende faktorer hos den enkelte ungdom. Lindström og Eriksson (2015) kaller disse faktorene for helsedeterminanter. Avhengig av hvilke ressurser som identifiseres, kan helsesykepleier vurdere hvilke individtilpassede tiltak som kan iverksettes for den enkelte. Dette er i tråd med arbeidsmetoden for TIUR-prosjektet (Baklien og Bye, 2017). Et av målene med å identifisere helsedeterminantene er å bidra til at ungdommene skal bruke sine ressurser på en hensiktsmessig måte. Målet vil være å bidra til at ungdommen skal leve et godt liv, med opplevelse av god helse og livskvalitet (Antonovsky, 2012; Lindström og Eriksson, 2015). Siden vi vet at helse og livskvalitet er subjektive oppfatninger (Misvær og Helseth, 2017) vil individtilpassede tiltak være hensiktsmessig.

Det ble trukket frem i intervjuene at ungdommene kjente på følelser som irritasjon når det gjaldt oppmøte til rusoppfølging. Det ble påpekt at dette var aktuelt i starten av oppfølgingen, men at det ble bedre etter hvert. Det kan være at rusoppfølgingen i starten ble oppfattet av ungdommen som en utfordrende situasjon, og at det var krevende å stå i for ungdommen. Dette kunne resultere i negative følelser, slik som irritasjon. Det kan tenkes at helsesykepleieren har hatt et salutogenetisk blikk i arbeidet med ungdommen, med søkelys på opplevelse av sammenheng. Den tredje komponenten i OAS er «meningsfullhet», og ses på som et motivasjonselement (Antonovsky, 2012). Gjennom samtaler kan helsesykepleieren ha hjulpet ungdommen til å finne mening i rusoppfølgings-situasjonen. Dersom ungdommen fant mening i rusoppfølgingen, at det kjentes meningsfullt å komme dit, ville det i tråd med

Antonovsky (2012) sine tanker om komponenten «meningsfullhet» kunne bidra til at ungdommen følte at det var verdt å engasjere seg i kravene og utfordringene som rusoppfølgingen bidro til. Dette kunne vært medvirkende til at de negative følelsene angående rusoppfølgingen etter hvert slapp taket.

6.1.1.1 Betydningen av hvordan ungdommene ble møtt

Ungdommene snakket om å bli møtt med respekt og å oppleve likeverd i møte med helsesykepleieren. De løftet frem at de syntes det var veldig hyggelig å komme til senteret, og at hele personalgruppen var trivelige og imøtekommende. Ruud (2021) skriver at hvordan en person blir møtt av andre når livet er vanskelig kan være av stor betydning. At en person som gruer seg til en situasjon blir møtt med et smil og et nikk på venterommet i forkant, kan bidra til at situasjonen blir lettere å mestre (Ruud, 2021).

Å bli møtt med respekt og likeverd ser også ut til å ha hatt betydning for at ungdommene følte at de fikk et godt forhold til helsesykepleieren, og at de kunne åpne seg og snakke om alt med henne. Dette handlet om at ungdommene følte på tillit til helsesykepleieren slik jeg tolker det. Mye av de samme resultatene fant Clancy og Svensson (2010) i sin forskning på helsesykepleieres og brukeres erfaringer med helsesykepleierkonsultasjoner. Blant annet bygget et av resultatene på at brukerne snakket om at en respektfull og omsorgsfull relasjon bygget på tillit til helsesykepleieren. Tilliten gjorde blant annet at brukerne kunne snakke om sensitive temaer, og helsesykepleieren forklarte til forfatterne at hun forsøkte å møte brukerne med respekt og å vise dem at hun brydde seg om dem (Clancy og Svensson, 2010).

Ungdommene løftet også frem hvordan helsesykepleieren lyttet når de snakket, og at de kjente på at helsesykepleieren virket interessert i det de fortalte. Å være lyttende og spørrende i dialogen med det andre mennesket, vil legge til rette for å vise forståelse for den andres opplevelse av situasjonen (Christiansen, 2020c). Ruud (2021) skriver om kommunikasjon til barn og unge i utfordrende livssituasjoner, og mener at anerkjennelse av ungdommen er en av tre overordnede prinsipper som kan være nyttige for å fremme god kommunikasjon med denne brukergruppen. Dette kan gjøres ved akseptasjon av måten ungdommen presenterer seg selv og sin situasjon på, og ved å vise genuin interesse for ungdommen sin subjektive oppfatning av situasjonen (Ruud, 2021). Baklien og Bye (2017) beskrev i sin forskning at anerkjennelse av ungdom på ruskontrakt var det som muliggjorde endring for ungdommen, samt at å møte ungdom med lyttende holdning og engasjement bidro til å skape trygge relasjoner mellom ungdom og hjelper (Baklien og Bye, 2017).

I intervjuene snakket også ungdommene om at helsesykepleieren brydde seg om dem, og at det var godt å komme til helsesykepleieren å få en type omsorg. Å være nær kan ofte føre til tillit mellom helsesykepleier og klient, men Clancy og Svensson (2010) påpeker at å være nær kan by på utfordringer. Dette fordrer at helsesykepleieren er bevisst sin profesjonelle rolle i relasjonen og opprettholder en viss profesjonell distanse for å kunne gi passende råd og hjelp (Clancy og Svensson, 2010).

Måten ungdommene beskrev at de ble møtt på; med respekt og likeverd, trivelig og imøtekommende personell på senteret, at helsesykepleieren lyttet til dem og anerkjente dem, viste interesse for hva de fortalte og brydde seg om dem er i tråd med flere av funnene fra tidligere forskning (Baklien og Bye, 2017; Blestad og Engen, 2015; Hawke et al., 2019; Kim og White, 2018).

6.1.1.2 Ungdommenes forventinger til møtene

Det ble påpekt i intervjuene at ungdommene hadde forventet at rusoppfølgingen innebar å få kjeft fra helsesykepleieren. Men i stedet for å kjeft så hadde helsesykepleieren vist dem forståelse og lyttet til dem, og de opplevde at helsesykepleieren hadde vært hyggeligere enn de trodde på forhånd. Videre fortalte ungdommene at helsesykepleieren aldri hadde snakket stygt eller nedlatende til dem. For meg virket det som alle disse erfaringene opplevdes overraskende for ungdommene. Dette fenomenet kan kanskje forklares med at ungdommene tidligere hadde hatt en annen type erfaring i møte med det offentlige.

6.1.2 Betydningen av samtaler om nære relasjoner og sosialt miljø

Ungdommene fortalte i intervjuene at de snakket om familie- og vennerelasjoner med helsesykepleieren og at dette var av betydning for dem. De syntes det var nyttig å se relasjonene fra flere sider, og opplevde at helsesykepleieren hadde kommet med nyttige innspill. Her kan det tenkes at helsesykepleieren hjalp ungdommene til å «sortere» i relasjonene, for å lete etter hvilke relasjoner som var av positiv art og hvilke som var mindre positive.

Vennerelasjonene kan tenkes å være nærere ungdommene enn foreldrerelasjonene (Tetzchner, 2012), men for mange ungdommer er også relasjonen til foreldrene viktige. Dette er noe av det som kommer frem i Sandøy (2019) sin forskning. Forfatteren fant at sosiale relasjoner påvirket ungdommenes narkotikarelaterte atferd, og for enkelte ungdommer hadde forholdet til foreldrene spesielt stor betydning. Noen av ungdommene gjennomførte den alternative

straffen og holdt seg rusfri, ikke primært for sin egen del, men for å gjenopprette sitt forhold til foreldrene (Sandøy, 2019). Særlig én av ungdommene jeg snakket med fremhevet at tillit fra foreldrene var viktig. At foreldrene var deltakende i samarbeidsmøter, mente ungdommen var medvirkende til at forholdet mellom dem ble mindre anstrengt og gjorde det lettere for foreldrene å ha tillit til ungdommen, og det ble påpekt at helsesykepleieren fungerte som en slags megler mellom de to partene. Positive rusprøver trodde ungdommen ville bidra til å bryte ned tillitsforholdet. Dette er i tråd med funnene til Sandøy (2019).

Å ha en helhetlig tilnærming, og å utforske flere sider av livet til ungdommen kunne vært viktig når det gjelder å avdekke holdninger til rusmiddelbruk blant venner og andre i nær relasjon til ungdommene. Rossow og Klepp (2017) skriver at det er sammenheng mellom ungdoms alkoholbruk og bruk av illegale stoffer. Bruk av illegale stoffer forekommer oftere blant ungdom som drikker mye alkohol, sammenlignet med de som drikker lite. Forfatterne skriver videre at ungdoms alkoholbruk kan ses på som en del av en befolknings drikkekultur, og at ungdommene i stor grad kan påvirkes av menneskene i nær relasjon til ungdommene, slik som foreldre, søsken og venner. Hvor mye ungdom drikker, speiles i stor grad alkoholbruket til menneskene i ungdommens nære relasjoner. Deres alkohol- og rusmiddelbruk har derfor sterk innflytelse på ungdommene sitt rusmiddelbruk (Rossow og Klepp, 2017). Ungdommene fortalte at de kunne snakke om alt med helsesykepleieren under rusoppfølgingen, deriblant venner og sosialt miljø. Blant annet kom det frem i intervjuene at helsesykepleieren hadde anbefalt ungdommen å endre sitt sosiale miljø, noe ungdommen fortalte at hen hadde gjort.

6.1.2.1 Sammenhengen mellom samtaler om nære relasjoner og livskvalitet

At ungdommene syntes det var fint å snakke om vennerelasjoner med helsesykepleieren, kan knyttes til at relasjoner til venner er viktig for barn og unges opplevelse av livskvalitet. Livskvalitet kan ses på som en verdi, og for mennesker er det ønskelig at denne verdien skal være så høy som mulig (Misvær og Helseth, 2017). Livskvalitet er som vi vet et av målene i det helsefremmende arbeidet (Garsjø, 2018) til helsesykepleieren. Det påpekes at ulike faggrupper definerer livskvalitet forskjellig, men noen punkter angående begrepet er det likevel enighet om; det ene er at livskvalitet oppleves som et subjektivt fenomen, og at dette anses som kjernen i dette begrepet. Dette betyr at hvis vi skal utforske andre menneskers livskvalitet, må vi få dem til å åpne seg og lytte til hva de har å si, før vi kan gjøre en vurdering av deres livskvalitet. Det andre punktet som det er enighet om er at livskvalitet er relativ. Det vil si at å oppleve tilfredshet med livet avhenger av hva den enkelte har behov for

og forventer innenfor ulike områder (Misvær og Helseth, 2017).

Vi kan derfor si at livskvalitet er sammensatt og at det er en rekke forhold som har innflytelse på (i dette tilfellet) ungdommenes livskvalitet. Forskning har vist at enkelte faktorer virker mer inn på livskvalitet enn andre, men det som har mest innflytelse på livskvalitet er relasjoner til andre (Misvær og Helseth, 2017). Helseth og Misvær (2010) undersøkte hva som ble oppfattet som god livskvalitet av norske ungdommer. De kunne fortelle at for dem var positivt selvbilde, gode familieforhold og gode venner viktig for å ha en opplevelse av god livskvalitet (Helseth og Misvær, 2010).

6.1.2.2 Marginalisering

Å føle tilhørighet i et miljø ble også trukket frem som betydningsfullt i forhold til livskvalitet (Helseth og Misvær, 2010). For å vite hvor ungdom sannsynligvis finner nære relasjoner, vil det være betydningsfullt å inneha kunnskap om barn og unges utvikling og sosialisering, og hvor i utviklingen ungdommen befinner seg (Misvær og Helseth, 2017; Tetzchner, 2012). Misvær og Helseth (2017) påpeker derfor viktigheten av at voksne reflekterer med barn og unge om vennegjenger.

Dette kan knyttes til hva Hammer og Hyggen (2013) sier angående marginalisering. Forfatterne mener at marginalisering ofte kan knyttes til hvilket sosialt miljø en person tilhører. Langvarig marginalisering bidrar til en prosess som kan føre til sosial eksklusjon, som kan ses på som en risikofaktor for redusert livskvalitet. Forfatterne skriver videre at en person som er sosialt isolert kan ha manglende muligheter for deltakelse, på grunn av mangel på ressurser eller barrierer som oppfattes som uoverkommelige (Hammer og Hyggen, 2013). Marginalisering knyttes altså ofte til manglende tilgang på ressurser. Å være utenfor samfunnet kan føre til konsekvenser for den enkelte, dens livskvalitet og mulighet til selvrealisering. I tillegg kan det også ha store samfunnsmessige konsekvenser og kostnader (Hammer og Hyggen, 2013). Hammer og Hyggen (2013) påpeker at det ikke nødvendigvis er rusmisbruket i seg selv som fører til marginalisering, men heller hvilken vennekrets og miljø personen tilhører. Dette forklares med at bruk av illegale rusmidler ofte knyttes til kriminelle miljøer, og kriminelle handlinger knyttet til rusbruket og konsekvenser av disse, slik som for eksempel fengselsopphold.

Dersom ungdommen under rusoppfølging føler tilhørighet i for eksempel et kriminelt miljø vil det kunne ha stor betydning for eventuell fremtidig sosial eksklusjon om helsesykepleieren kan bruke forebyggende og helsefremmende strategier for å hjelpe ungdommen til å finne motivasjon til å søke seg ut fra miljøet.

6.1.3 Betydningen av helsesykepleiers formidling av kunnskap

Betydningen av god og riktig informasjon ble nevnt flere ganger i intervjuene. Ungdommene fortalte at de lærte mye nytt om narkotika og rus i samtalene med helsesykepleieren. Mye av dette var noe de *trodde* de hadde kunnskap om fra tidligere.

Informasjonskampanjer og skolebaserte tiltak for å forebygge rusmiddelbruk og rusmiddelrelaterte problemer er del av det rusmiddelforebyggende arbeidet rettet mot ungdom. Disse tiltakene er svært utbredt (Rossow og Klepp, 2017), og det er derfor nærliggende å tro at ungdommene allerede hadde lært om narkotiske stoffer, virkningen av dem og uheldige konsekvenser. Likevel ble det i intervjuene påpekt av flere av ungdommene at det var betydningsfullt at helsesykepleier kommuniserte kunnskaper direkte rettet mot rus og narkotika. Det kan derfor tenkes at ungdommene ikke hadde tatt til seg kunnskapen etter skoleintervensjonene. Christiansen (2020) skriver at til tross for at mennesket innehar god kompetanse om hva som er sunn livsstil, er det ikke gitt at hva denne personen kan og vet faktisk har innvirkning på dens vaner og handlingsmønstre (Christiansen, 2020c). Det kan tenkes at kunnskapen ikke opplevdes aktuell og relevant for ungdommene i fortiden fordi de ikke følte at den på det tidspunktet var gjeldende for dem rent praktisk.

Det kan også være en mulighet for at ungdommene tidligere hadde tilegnet seg informasjon og kunnskaper knyttet til rus fra alternative kilder enn for eksempel fra informasjonskampanjer og skolebaserte tiltak. Bilgrei, Bakken og Pedersen (2021) skriver at cannabis har en annen posisjon i samfunnet vårt nå sammenlignet med tidligere, og at normene knyttet bruk av det narkotiske stoffet har endret seg. Blant annet har «normaliseringen» av cannabis i enkelte ungdomsgrupper og legaliseringen i delstater i USA og i Canada bidratt til dette. Videre skriver forfatterne at ungdom søker seg i økende grad til internett for informasjon om rusmiddelbruk. Informasjonskilder på internett er lett tilgjengelig, og bruk av cannabis er mer utbredt blant ungdommene som er mest aktive på sosiale medier. Dette kan bety at ungdommenes digitale liv gir alternativ kunnskap som omhandler risiko knyttet til de ulike rusmidlene (Bilgrei, Bakken og Pedersen, 2021).

Dette kan knyttes til begrepet health literacy, som er den enkeltes evne til å forstå og nyttiggjøre seg helseinformasjon, på en måte som fremmer og vedlikeholder best mulig helse (Borup, 2020; Christiansen, 2020a). Det hviler et ansvar på helsesykepleieren å tilpasse helsekommunikasjonen til den enkeltes forutsetninger, og på denne måten legge til rette for at budskapet er oppfattet og forstått (Dahl, 2020c). Helsesykepleieren er også forpliktet gjennom

lovverket. Alle kommuner er lovpålagt å fremme helse og forebygge sykdom gjennom opplysnings-, rådgivnings- og veiledningsarbeid (Folkehelseoven, 2012; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Å gi informasjon til ungdommene er en del av helsesykepleierens arbeidsmetoder (Glavin og Helseth, 2009).

6.1.4 Helsefremmende dialog

Bakgrunnen for oppfølgingen hos helsesykepleier er at ungdommene har hatt en tilknytning til illegal rus på en eller annen måte. Et av målene med rusoppfølgingen er at ungdommene skal ha et ønske om å komme ut av rusen. Det kom frem i ett av intervjuene at etter hver samtale med helsesykepleier kjente ungdommen alltid på ekstra motivasjon. Vi vet at helsesykepleierne ungdommene har vært til oppfølging hos, blant annet bruker motiverende intervju (MI) som et verktøy i det helsefremmende arbeidet rettet mot ungdommene. Denne samtalemotoden er godt egnet til å utforske motivasjonskrefter for endring (Frank, 2016; Miller og Rollnick, 2013), og handler om å legge til rette samtalen på en slik måte at ungdommen snakker seg selv inn i forandring (Miller og Rollnick, 2013). Ungdommens autonomi blir høyt verdsatt med en MI-tilnærming og det antas derfor at ungdom reagerer mer gunstig på en slik tilnærming enn på konfronterende tilnærminger (Macgowan og Engle, 2010). Macgowan og Engle (2010) gjorde en gjennomgang av 12 studier av ulike individuelle MI-intervensjoner for å søke etter om slike intervensjoner kunne redusere mild til alvorlig alkohol- og narkotikabruk blant ungdom. Forfatterne fant en signifikant sammenheng mellom MI og effekter av intervensjonen. Videre konkluderte forfatterne med at MI er et lovende behandlingsvalg, særlig i kontekster der det er usannsynlig at ungdom med alvorlig rusmiddelbruk søker hjelp på egen hånd (Macgowan og Engle, 2010). Ut fra funnene i denne studien kan det se ut til at en MI-tilnærming til ungdommer under rusoppfølging kan være hensiktsmessig. Dette fordrer imidlertid at ungdom og helsesykepleier har et felles mål i samtalen (Miller og Rollnick, 2013), for eksempel å slutte med rus. Da kan helsesykepleier videre bruke verktøyene i MI i arbeidet med å hjelpe ungdommen til å snakke seg selv inn i forandring (Miller og Rollnick, 2013).

Et av verktøyene i MI er å utforske ambivalens hos brukeren med tanke på motivasjon for endring (Miller og Rollnick, 2013). Ungdommen som fortalte om økt motivasjon etter hver samtale med helsesykepleier fortalte også om et ambivalent forhold til å slutte med rus, og

opplevde helsesykepleieren som en viktig støttespiller i prosessen mot å bli rusfri. Ut fra dette kan det tenkes at helsesykepleier har brukt MI for å utforske ambivalensen til ungdommen.

Å oppleve støtte, slik som ungdommen beskrev, kan bidra til å komme i gang med endringer, samt å opprettholde en motivasjon for endringen over tid (Christiansen, 2020c). Kristoffersen (2016) skriver at i en pedagogisk sammenheng innebærer det å vise støtte at helsesykepleieren engasjerer seg i den andres arbeid for å nå et mål. Støtten gis gjennom oppmuntring og hjelp, og på denne måten kan risikoen for at den andre skal mislykkes i sitt endringsarbeid reduseres. Støtte kan gis ved blikk, nærvær eller verbal oppmuntring (Kristoffersen, 2016).

Gjennom støtte kan en hjelper bygge opp den andres mestringsforventning, som er en positiv forventning om å nå mål eller mestre situasjoner (Christiansen, 2020c). Antonovksy (2012) viser til Banduras teori om mestringstro, og skriver at måten vi handler på i en situasjon påvirkes av vår mestringstro. Dette kan forstås som at mestringstro på å slutte med rus vil gjøre det lettere for ungdommene å gjøre endringer av rusatferd. At helsesykepleieren hadde en støttende holdning, kunne vært med å bidra til å bygge opp mestringstroen til ungdommen.

6.1.4.1 Veiledning

Et mål i salutogenetisk teori er å møte mennesker med fokus på å bli bevisst på menneskets mestringsressurser (Antonovsky, 2012). Dette kan helsesykepleiere gjøre gjennom veiledning (Glavin, 2020; Glavin og Helseth, 2009). Veiledning er en relasjonell istandsettingsprosess hvor hensikten er å styrke mestringskompetansen til fokuspersonen. I tillegg er det et mål at fokuspersonen skal kunne bruke mestringsressursene på en hensiktsmessig måte (Tveiten, 2013, 2016). Veiledning gjøres gjennom dialog som er basert på kunnskap og verdier. Verdier kan handle om respekt, å ville den andre vel og likeverd. I tillegg skal dialogen baseres blant annet på kunnskap om veiledning (Tveiten, 2013). Denne kunnskapen skal en helsesykepleier ha kjennskap til (Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning, 2021).

Verdiene som veiledningen skal være basert på, kan knyttes til måten ungdommene mente de ble møtt på av helsesykepleieren. Ungdommene fortalte at de ble møtt med respekt og likeverd, at helsesykepleieren hadde en holdning som gjorde at det virket som hun brydde seg om ungdommene. At istandsettingsprosessen i veiledning er relasjonell, knytter Tveiten (2013) til relasjonen mellom veileder og fokuspersonen. Relasjonen mellom de to er vesentlig, fordi den påvirker kvaliteten på veiledningen. I tillegg er det gjennom relasjonen at

tilliten og tryggheten i veiledningen ivaretas, og det er veilederen som er ansvarlig for kvaliteten i relasjonen. Dette betyr at veilederens etiske kompetanse er av stor betydning. God veiledning hjelper, ivaretar og anerkjenner den andre (Tveiten, 2013).

Som det tidligere har blitt nevnt så var ungdommene tydelig på at det var betydningsfullt at helsesykepleier formidlet kunnskap til dem angående narkotika og rus. Christiansen (2020) skriver om helseveiledning, og mener at det ikke hjelper om pasienten er informert, dersom den ikke vet hvordan informasjonen kan brukes i den sin situasjon. Derfor har pasienter og pårørende behov for helsepersonell med god pedagogisk kompetanse, som er interessert i pasientens erfaringskunnskap og som veileder på en slik måte at det er tilrettelagt for medbestemmelse, og at veiledningen er tilpasset den enkelte og den sin situasjon. For å legge til rette for brukermedvirkning i veiledningssituasjoner er det viktig at helsepersonellet balanserer «ekspertrollen» med en lyttende dialogpreget holdning til personen som skal hjelpes (Christiansen, 2020b).

6.1.5 Samarbeid med foreldre og andre instanser

Noen av ungdommene fortalte at foreldrene deltok på tverrfaglige møter sammen med dem og helsesykepleier (og andre instanser), og at dette var betydningsfullt. Noen nevnte at det var fint at foreldrene var informert om hvordan det gikk med oppfølgingen, slik at ungdommene selv slapp å fortelle alt hjemme, og noen mente at helsesykepleier fungerte som en megler mellom ungdom og foreldre. Ifølge Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2017) er et av ansvarsområdene til en helsesykepleier samarbeid med foreldre til barn og unge. På denne måten kan helsesykepleier bidra til å styrke foreldrene i rollen som foreldre gjennom opplysning-, veiledning- og rådgivning (Glavin og Helseth, 2009). Helsesykepleieren har kunnskaper om hva som kan være hensiktsmessig tilnærminger til ungdommer, og det kan tenkes at det er derfor ungdommen nevnte at helsesykepleieren hadde fungert som en megler mellom de to partene.

Forholdet til foreldre er viktig for de fleste ungdommer (Tetzchner, 2012), noe som kan forklare hvorfor det var av betydning for ungdommen at helsesykepleier bidro til hva som kunne antas som konfliktløsning. Sandøy (2019) fant i sin forskning at ungdommene som hadde gjennomført alternative straffereaksjoner var opptatte av å gjenopprette forholdet til foreldrene. Noen av ungdommene mente at å takke ja til alternativ straff bidro til dette, og at dette var en av årsakene til at de hadde takket ja (Sandøy, 2019).

Lien og Larsen (2015) sin forskning indikerer at ungdommene som hadde støtte fra foreldrene, og i tillegg at foreldrene ble involvert i samtaler knyttet til ungdommenes ruskontrakter, avla få positive rusprøver. Forfatterne sammenlignet disse med de ruskontraktene hvor foreldrene ikke ble involvert i like stor grad. Her viste funnene et større antall positive rusprøver, samt større forekomst av brutte kontrakter. Forfatterne skriver at funnene fra deres forskning indikerte at ruskontrakter fungerte best for de ungdommene som hadde mest ressurser fra før (Lien og Larsen, 2015). Dette er forhold som kan knyttes til funn fra denne studien. Det kan tenkes at ungdommene som fortalte at det var betydningsfullt for dem at foreldrene deltok på samarbeidsmøter i utgangspunktet var ressurssterke ungdommer.

6.2 Faglig skjønn, hjelp og kontroll

I dette underkapitlet ønsker jeg å diskutere forholdet mellom hjelp og kontroll, og på hvilken måte dette viste seg i møtene mellom helsesykepleier og ungdommene. Denne tematikken drøftes i likhet med foregående tema gjennom det ungdommene fortalte i intervjuene, og knyttes opp mot aktuell teori og forskning.

Overordnet sett er rusrelatert adferd i tilknytning til narkotiske stoffer noe en kan se i sammenheng med mulighet for avstraffelse (Straffeloven, 2005). I en rusoppfølgingskontekst vil derfor helsesykepleieren inneha en kontrollfunksjon i sammenheng med at ungdommen skal avlegge rusprøver under helsesykepleierens kontroll. Det vil alltid være makt i relasjonen mellom en helsesykepleier og en ungdom (Garsjø, 2018), og kanskje spesielt i en rusoppfølgingskontekst.

6.2.1 Faglig skjønn og etiske dilemmaer

Å komme til helsesykepleier for rusoppfølging innebar for ungdommene oppfølgende samtaler, men også rusprøver. Alle ungdommene fortalte om hvordan de opplevde rusprøvene. Det fremkom i intervjuene at helsesykepleier noen ganger valgte å gå ut av rommet, og andre ganger åpnet hun en skapdør slik at hun ikke kikket direkte på ungdommen. Dette har jeg tolket som at helsesykepleier har gjort (for henne) små diskre handlinger, som hadde stor betydning for ungdommene slik det fremsto i intervjuene. På denne måten var helsesykepleieren diskre og mild i sin utøvelse av makten som hun bar i situasjonen. Det kan tenkes at slike situasjoner opplevdes som etiske dilemmaer for helsesykepleieren. Hun visste at hun *burde* observere avleggingen av rusprøven, men spesielt de første rusprøvene var

utfordrende for ungdommene å gjennomføre, så da tok kanskje helsesykepleieren et valg om å åpne en skapdør eller forlate rommet. Dette valget kan tenkes ble gjort på et etisk grunnlag. Helsesykepleieren er knyttet til profesjonsetikken, og må derfor forholde seg til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. En helsesykepleier vet at respekten for det enkelte menneskets liv og dets iboende verdighet er grunnlaget for all sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Helsesykepleierne som har rusoppfølging med ungdom må også forholde seg til Prosedyrer for rusmiddeltesting (Helsedirektoratet, 2014). I disse prosedyrene er det nedfelt at helsesykepleieren helst skal observere selve gjennomføringen av rusprøveavleggingen for å kontrollere at det ikke forekommer manipulering av prøven (bytting av prøven med medbrakt prøve for eksempel). Det påpekes i prosedyren at prøvetakeren må være oppmerksom på at prøvegivingen kan oppleves krenkende. Prøvetakeren må derfor legge til rette for at situasjonen blir minst mulig belastende for den som avlegger rusprøve. Videre står det at det bør reflekteres over hvordan prøvetakingen påvirker relasjonen til prøvegiver (Helsedirektoratet, 2014).

Clancy (2020) skriver om det faglige skjønnnet, og mener at dette er noe som viser seg i reflekterte vurderinger i helsesykepleiers arbeid. Helsesykepleiere har en felles utdanning, men er også individer som innehar ulike erfaringer og likeså tilnærminger til faget. Forfatteren påpeker at det ikke finnes en generell strategi eller oppskrift som en helsesykepleier kan følge når faglige vurderinger skal tas. En stram regelstyring og fastlåste prosedyrer kan få helsesykepleiers skjønn til å stivne. Helsesykepleieren bruker seg selv, konteksten og det faglige skjønnnet i sine faglige vurderinger (Clancy, 2020). Ut fra dette kan det tenkes at helsesykepleieren har brukt sitt faglige skjønn i situasjoner knyttet til rusprøvene. Hun gjorde faglige vurderinger ut fra seg selv og konteksten, og gjennom sitt faglige skjønn vurderte hun at i enkelte tilfeller fulgte hun ikke anbefalingene til prosedyrer for rusmiddeltesting, hvor det står at hun bør observere prøveavleggingen. Hun vurderte heller at det var etisk riktig for henne å forlate rommet eller åpne en skapdør. Dette kunne både bidra til å ta hensyn til ungdommens verdighet som er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2019), og i tillegg kunne bidra til at det ble en minst mulig belastende situasjon for ungdommen (Helsedirektoratet, 2014).

Clancy (2020) skriver at ordet skjønn kan defineres på mange ulike måter, og viser til Caprona (2015) som mener at skjønn betyr å behandle den andre hensynsfullt, og spare den for noe ubehagelig. Clancy (2020) viser til Grimen og Molander (2008) som problematiserer

skjønn i fagutøvelse. De to forfatterne undrer seg om det er moralsk riktig å følge skjønn når for eksempel en helsesykepleier i en situasjon mener det er den mest riktige moralske handlingen, til tross for at dette avviker fra gjeldende kunnskapsbasert praksis. Clancy (2020) konkluderer med at å vise skjønn gjennom respektfulle handlinger til andre mennesker må kunne begrunnes med faglighet.

At helsesykepleieren i situasjoner hvor ungdom hadde utfordringer med å gjennomføre rusprøvene muligens gjorde handlinger ut fra skjønnsmessige faglige vurderinger, kunne i tillegg til det ovennevnte bidra til å beholde eller forsterke relasjonen til ungdommen, og også bidra til mestringsfølelse hos ungdommen. At ungdommen mestret å avlegge rusprøve ville på denne måten kunne virke helsefremmende.

I starten syntes ungdommene at det var ukomfortabelt å avlegge rusprøver, men alle gjennomførte likevel. Ut fra dette kan det tenkes at de kjente på en type makt knyttet til at de gjennomførte en handling som de ikke var komfortabel med, på bakgrunn av at de visste at det ville kunne føre til sanksjoner dersom de ikke avla prøvene. Denne makten kan være vanskelig å motstå (Järvinen og Mortensen, 2005). For de av ungdommene som var under rusoppfølging på grunnlag av en ruskontrakt ville fravær av rusprøve, eller positiv rusprøve, kunne føre til at ruskontrakten ble avbrutt og ungdommen ville få det narkotiske lovbruddet registrert på rullebladet (NOU 2019: 26, 2019).

Sandøy (2020) peker på makten i de alternative straffereaksjonene, og undrer seg over om straffereaksjonene virkelig er alternativer til straff, eller snarere en alternativ straff. Forfatteren konkluderer med at intervensjonen oppfattes så gjennomgripende for ungdommene at de bør karakteriseres som alternativ straff. Dette støttes til dels av Botnan (2021) som skriver at ungdommene samtykker til ruskontrakter, som innebærer at de i teorien deltar frivillig. I praksis er likevel valget nokså ufrivillig tatt i betraktning at det eneste alternativet er anmerkning på rullebladet i tillegg til forelegg (Botnan, 2021).

6.2.2 Maktforhold i relasjonen

I et historisk perspektiv har profesjonen helsesykepleier gått fra å være en paternalistisk ekspert, til å bli en støttende og styrkende veileder (Dahl, 2020a). Den strategiske relasjonen til brukerne har gått fra en ovenfra-og-ned-tilnærming, til å bli en nedenfra-og-opp-strategi (Dahl, 2020b). Helsesykepleieren har imidlertid en makt i relasjonen mellom seg selv og ungdommen gjennom sin profesjon (Garsjø, 2018).

Helsesykepleieren som fulgte opp ungdommene ved senteret tilhørte ikke profesjonen som utøvet den eventuelle straffen en positiv rusprøve mulig kunne medføre, men var likevel innehaver av en kontrollfunksjon i forhold til ungdommene. Denne kontrollfunksjonen kan knyttes til Foucault (1999) sine tanker om makten i institusjoner, der institusjonen har normer og regler for hvordan mennesket skal være. Institusjonen bruker makt og kontroll for å oppnå at mennesket oppfører seg slik institusjonen ønsker (Foucault, 1999).

Det kom fram i intervjuene at en av ungdommene mente at rusoppfølgingen hjalp der og da for at hen skulle holde seg rusfri, men poengterte at det var hens eget valg i etterkant av rusoppfølgingen om hen kom til å slutte med rus eller ikke. Dette kan knyttes til det Järvinen og Mortensen (2005) skriver om angående maktfulle møter mellom system og klient. Forfatterne trekker frem hvordan vi som mennesker justerer vår atferd ut fra hva som forventes av oss, og forklarer dette med at noe av bakgrunnen ligger i makten som styring og samfunn innehar (Järvinen og Mortensen, 2005). Ut fra dette kan det tenkes at denne ungdommen opprettholder en fasade hvor hen holder seg rusfri fordi hen vet at det er det som er forventet. Järvinen og Mortensen (2005) skriver videre om bio-makten, som helsesykepleier (i dette tilfellet) innehar gjennom disiplineringen av ungdommene. Bio-makten har et mål om å lede befolkningen i retning av sunnhet, livskvalitet og ønsker å skape nyttige og produktive medlemmer av samfunnet, og ses på som statens disiplinering av befolkningen. Denne makten ses på som nærmest usynlig, og derfor vil det være vanskelig for ungdommene å forsvare seg mot den (Järvinen og Mortensen, 2005).

Ungdommene fortalte om hvordan de fikk snakke om det de var opptatt av og at deres mening ble etterspurt av helsesykepleieren. Dette tolker jeg som at helsesykepleierne samarbeidet med ungdommene i samtalene når det for eksempel gjaldt innholdet i samtalene. At ungdommene blir sett på som aktive samarbeidspartnere er i tråd med empowerment-prinsippet, som er helt sentralt i det helsefremmende arbeidet (Gammersvik og Alvsvåg, 2009; Mæland, 2010). Gjennom empowerment skal helsesykepleier overføre makt fra seg selv til ungdommen. Ungdommen ses på som ekspert på eget liv, og dette kan bidra til at ungdommene får medvirke i sin egen rusoppfølging (Hanssen-Bauer, 2014). At ungdommen på denne måten kan oppleve å ha kontroll over eget liv er ifølge Mæland (2010) av stor betydning for selvbildet og mestringsevne, samt mental og kroppslig helse. At helsesykepleieren skal ivareta den unges rett til medbestemmelse er også i tråd med de yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Larsen, Mortensen og Thomsen (2005) skriver om empowerment-prinsippet i det sosiale arbeidet. Forfatterne peker på at tidligere skapte statens forvaltning av sosialpolitikken mer passive klienter, men implementeringen av empowerment i arbeidet har bidratt til å styrke klientenes evne til å makte over eget liv. Nå har hjelp-til-selvhjelp blitt et prinsipp. Forfatterne peker på at møter mellom system og klient i det sosiale arbeidet ofte søker etter å skape selvutvikling hos klienten, og beskriver derfor makten i slike møter som en form for «positiv» makt. Årsaken til at makten kalles «positiv» er at det er «de beste hensikter» som ligger til grunn, der det legges til rette for å hjelpe og støtte klientene til utvikling. I tillegg skal også den beste faglige og pedagogiske viten og praksis være grunnlag for møtene (Larsen, Mortensen og Thomsen, 2005). Dette er i tråd med hva Clancy (2015) skriver om helsesykepleierens disiplinerende makt; at den overføres med god vilje, med mål om god helse og et langt liv, og kan derfor ses på i positiv forstand.

At helsesykepleieren har hatt en helhetlig tilnærming til ungdommene innebærer å se nyansert og åpent på ungdommens liv og valg. Det vil alltid være grenseoppganger mellom barn og unges valg og autonomi. Alder og modenhet hos ungdommen vil blant annet spille en rolle i disse situasjonene. Hvor grensen går for når ungdommen ikke kan sies å bestemme selv er både et faglig og etisk dilemma. Kim og White (2018) skriver i sin systematiske litteraturgjennomgang at i kommunikasjonen med barn og unge er det viktig at deres integritet og autonomi beskyttes. De unges rett til selvbestemmelse i helserelevante spørsmål, kan imidlertid være gjenstand for etiske dilemmaer for helsepersonellet med tanke på den unges egenskaper for kognitive resonnering. Dette fordrer at helsepersonellet gir informasjon til de unge på en tilstrekkelig og aldersadekvat måte (Kim og White, 2018). På denne måten kan det ligge til rette for at de unge sine beslutninger tas på riktig grunnlag.

Ungdommene i denne studien skulle vært fylt 16 år for å bli inkludert i studien, og på grunn av personvern ble det ikke innhentet data som omhandlet alder. Det kan likevel tenkes at ungdommens alder var fra 16 år og opp. Ungdom under 18 år er ikke myndig, og er per definisjon under foreldrenes ansvar. I barneloven kapittel fem, kan vi lese at foreldre har rett og plikt til å ta avgjørelser for barnet deres. Dette utdypes imidlertid i barneloven § 33 hvor det står at foreldrene skal gi barn gradvis mer selvbestemmelsesrett fram til fylte 18 år (Barnelova, 1981). Barns synspunkter skal tas hensyn til i situasjoner som angår dem. Dette er nedfelt i Barnekonvensjonen (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016).

Helsesykepleieren innehar en profesjonsmakt i konteksten med ungdom under rusoppfølging. Dette skriver Lillestø (2007) om, og peker samtidig på at profesjonsmakten ofte kan føre til at

den som hjelpes føler avmakt i situasjonen. Forfatteren skriver videre om hvordan en hjelper som er bevisst på det moralske aspektet kan hindre at dette skjer. Det vises til filosofen Uffe Juul Jensen som sa at det moralske ansvaret et menneske har overfor et annet, kommer til uttrykk når den som innehar makten verner om den andre. Dette gjøres ved å sørge for at den andres interesser ikke blir tilsidesatt (Lillestø, 2007). Kari Martinsen (2003) sier at moralsk praksis bygger på omsorg. Omsorgen utøves av hjelperen gjennom å være konkret og nærværende til stede i et forhold, og kan uttrykkes gjennom innlevelse og refleksjon. Det følger et ansvar med omsorgens moralske fundament, og dette ansvaret forplikter til handling. Den praktiske handlingen står altså sentralt i omsorgsutøvelsen (Martinsen, 2003). I kraft av helsesykepleierens profesjon ligger det en moralsk forpliktelse til å handle ut fra hva som er det beste for ungdommen (Lillestø, 2007). I tilknytning til at helsesykepleie har gått fra å være en ekspertrolle til å inneha en støttende og styrkende veileder-rolle, ligger det at brukerne skal myndiggjøres. Det skal også legges til rette for brukervedvirkning. En forutsetning for reell brukervedvirkning og medbestemmelse, er at helsesykepleieren er bevisst og kritisk til sin egen maktposisjon (Dahl, 2020a). Ut fra hva ungdommene fortalte, ser det ut til at helsesykepleier gjennom en omsorgsfull tilnærming har myndiggjort ungdommene, og lagt til rette for deres medvirkning og medbestemmelse i rusoppfølgingen.

6.2.3 Tillit og makt

Flere av ungdommene mente at en av fordelene med at samtalene ble gjort hos den faste helsesykepleieren, var tilliten som ble etablert. Ungdommene mente at tilliten gjorde at de fikk et godt forhold, som blant annet førte til at de etter hvert ikke gruete seg for å komme til rusoppfølging. En del av helsesykepleierens kompetansefelt innebærer å etablere relasjoner med brukerne slik at brukerne opplever tillit og trygghet (Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning, 2021). Det kom også fram i intervjuene at informasjonen og kunnskapen som helsesykepleieren delte bidro til at det raskt ble skapt et tillitsforhold mellom de to partene.

Tillit kan på en annen side også relateres til makt. Nortvedt og Grimen (2004) mener at relasjoner mellom en profesjonsutøver og klient opprettes gjennom tillit. Forfatterne påpeker at tilliten i en slik relasjon aldri kan ses på som en tillit mellom likeverdige parter. I tråd med hva Garsjø (2018) skriver om asymmetriske relasjoner, vil tilliten også være asymmetrisk. Nortvedt og Grimen (2004) skriver videre at det er viktig for helsearbeidere å få tillit. Dersom brukeren mangler tillit til helsearbeideren, vil det være umulig for denne å utføre sine

oppgaver. Forfatterne trekker frem sårbarhet som et vesentlig poeng ved tillit i relasjoner. Å ha tillit til en annen person gjør den som gir tilliten sårbar. Den som gir tillit, har en forventning om at den andre handler i samsvar med hans ønsker, interesser eller vilje. Dette gjør tillitsgiveren sårbar overfor hjelperens mulige onde vilje. På denne måten kan tillit være grunnlag for makt (Nortvedt og Grimen, 2004). At ungdommene gav sin tillit til helsesykepleieren gjorde dem sårbare, og det vil være av stor betydning at helsesykepleierne var bevisst makten dette tilførte relasjonen.

6.3 Metodediskusjon

En av fordelene med at denne forskningen ble gjennomført med intervju er at dette frembringer datamateriale som har utgangspunkt i ungdommenes beskrivelser av sine egne erfaringer. Dette samsvarer med hensikten til forskningsintervjuet, som er å utforske menneskers dagligliv ut fra deres egne perspektiver (Kvale og Brinkmann, 2015).

Ungdommenes erfaringer kunne også vært utforsket ved å benytte fokusgruppeintervju (Malterud, 2017). Årsaken til at fokusgruppeintervju ikke ble benyttet til denne forskningen, var hensynet til personvern, den sensitive tematikken og at de tilhører en utsatt gruppe ungdommer, samt at enkelte av ungdommene hadde tilknytning til rusoppfølgingen på grunn av et straffbart forhold.

En svakhet ved valgte metode er at jeg som forsker har lite erfaring med gjennomføring av forskningsintervju. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det gjennom intervju praksis at intervjuferdighetene læres, og kvaliteten på intervjuene vil være avhengig av forskerens praktiske ferdigheter, samt de personlige vurderinger som gjøres. Forfatterne påpeker at det ikke finnes noen faste regler for hvordan et forskningsintervju skal gjennomføres, og at det kan være nødvendig for forskeren å gjennomføre metodologiske vurderinger underveis i intervjuet. Mine begrensede erfaringer med dette kan ha fått betydning for studiens funn, siden det kreves et høyt nivå av ferdigheter for å gjøre de metodologiske vurderingene (Kvale og Brinkmann, 2015). Det kan tenkes at jeg ikke har stilt kritiske oppfølgingsspørsmål med bakgrunn i at jeg er uerfaren. I intervjusituasjonene kjente jeg videre også på at jeg ønsket å beholde relasjonen ved å ikke grave for dypt i det som er deres private anliggende, som favner mange sensitive tematikker og som kunne gjøre situasjonen ubehagelig for dem.

At jeg representerte samme type profesjon som den jeg ville undersøke ungdommene sine erfaringer med, kan tenkes å kunne påvirke resultatene, gjennom at ungdommene svarte det de trodde var forventet.

Rekrutteringen ble gjort via helsesykepleier på senteret hvor rusoppfølgingen ble gjennomført. Dette kan ha hatt betydning for utvalget med tanke på hvem som takket ja til å delta i studien.

7 Avslutning

7.1 Oppsummering

Jeg har i denne studien undersøkt hvilke erfaringer ungdom har med rusoppfølging fra helsesykepleier. Ved hjelp av en dypere innsikt i og forståelse av erfaringene til ungdommene, ønsket jeg å belyse de komplekse sidene ved helsesykepleiers profesjonsutøvelse til denne ungdomsgruppen. Studien viser at ungdommene mente måten de ble møtt på av helsesykepleier var av betydningsfull karakter, og dette fremsto som overraskende for ungdommene knyttet i hovedsak til tidligere erfaringer med det offentlige. Gjennom helsefremmende og forebyggende strategier bidro helsesykepleieren til å skape tillit og trygghet i relasjonen, som gjorde at ungdommene etter hvert følte at de kunne stole på helsesykepleieren. Dette førte til at de åpnet seg og kunne snakke med henne om alt. Helsesykepleieren hadde en helhetlig tilnærming, og gjennom å være vennlig og imøtekommende, vise forståelse, støtte og respekt, erfarte ungdommene at helsesykepleieren brydde seg om dem. Det fremkom også at omsorgen ungdommene opplevde i møte med helsesykepleier og forståelse for dagliglivets vansker var av betydning.

Videre peker studien på forholdet mellom hjelp og kontroll, og funnene indikerer at det var betydningsfullt for ungdommene at helsesykepleier utøvde faglig skjønn, særlig med tanke på forhold rundt rusprøvene. Det fremsto som ukomfortabelt for ungdommene å skulle avlegge rusprøve foran helsesykepleieren i starten av oppfølgingen, men gjennom å vise diskresjon og fleksibilitet ble ubehaget for ungdommene redusert. I tillegg erfarte ungdommene at gjennom å ha etablert et godt forhold til helsesykepleieren etter hvert bidro til å gjøre situasjonen mindre ukomfortabel. Funnene indikerer også at kontrolldimensjonen i oppfølging av rusrelatert adferd ble forsøkt redusert og at helsesykepleier var bevisst maktforholdet som er til stede i en rusoppfølgingskontekst.

Enkelte av ungdommene uttrykte at det var slitsomt å måtte komme jevnlig til rusoppfølging, og for enkelte hadde oppfølgingen medført mye fravær fra arbeid og skole. At helsesykepleier

hadde vært fleksibel når det gjaldt timeavtalene, fremsto som viktig. Noen av ungdommene satte stor pris på samtaler med helsesykepleier og fortalte at det var noe de så fram til, og at det opplevdes som en opptur i uken. En av ungdommene hadde bedt helsesykepleieren om å få fortsette å komme til samtaler og rusprøver etter at den avtalte rusoppfølgingen avsluttes. Funnene fra denne studien kan tyde på at tilnærmingen og metodene helsesykepleier benytter i møte med ungdom under rusoppfølging, bidrar til at ungdommene i all hovedsak er positive til denne delen av rusoppfølgingen.

7.2 Oppgavens begrensninger

Ved en gjennomgang av nasjonal og internasjonal forskning ble det funnet lite som omhandlet ungdoms erfaringer knyttet til rusoppfølging fra helseprofesjoner og helsesykepleiere. Dette kan anses som en svakhet ved studien. Samtidig er dette et tegn på at det er behov for mer forskning på området.

I denne studien har seks ungdommer fra en kommune i Nord-Norge blitt intervjuet. Med tanke på at gjennomføring av rusoppfølging og ruskontrakter er noe ulik fra kommune til kommune, kan det tenkes at det ville bidratt med andre og flere perspektiver dersom ungdommer fra andre kommuner hadde blitt inkludert i studien.

7.3 Videre forskning

Perspektivene fra denne studien kan være aktuelle å forske videre på. Studien inkluderte seks informanter, og vil derfor ikke kunne generaliseres til en større populasjon. Derfor ville det vært interessant å gjøre videre forskning gjennom en kvantitativ undersøkelse med utgangspunkt i denne studiens funn.

Studien inkluderte ikke helsesykepleiernes erfaringer og perspektiver knyttet til rusoppfølging til denne ungdomsgruppen. Det hadde derfor vært interessant å gjøre kvalitativ forskning for å undersøke dette, som kunne blitt et nyttig supplement til funnene som ble gjort i denne studien.

7.4 Relevans for praksis

Funnene gjort i denne studien kan være aktuelle for helsesykepleiere som møter ungdom i mange livssituasjoner, og kan også være et bidrag inn i det videre arbeidet med rusoppfølging til ungdommer. Funnene kan likeså være av relevans for andre yrkesgrupper som arbeider med samme brukergruppe.

Referanseliste

- Andrews, T. og Eide, A. K. (2019). Mellom hjelp og straff – fungerer nye straffereaksjoner for ungdommer etter intensjonen? Hentet fra <https://kriminalitetsforebygging.no/wp-content/uploads/2019/08/Mellom-hjelp-og-straff.pdf>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium : den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 1987).
- Bakken, A. (2022). *Ungdata 2022. Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 5/22). Oslo: NOVA OsloMet.
- Baklien, B. og Bye, M. (2017). TIUR-modellen i Ringsaker – en forskningsbasert evaluering. Hentet fra [https://www.rus-ost.no/uploads/TIUR-modellen%20Ringsaker%20\(Evaluering%202017\)_orig.pdf](https://www.rus-ost.no/uploads/TIUR-modellen%20Ringsaker%20(Evaluering%202017)_orig.pdf)
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Norges femte og sjette rapport til FNs komite for barnets rettigheter*. Rapport. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Barnekonvensjonen. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre* (LOV-1981-04-08-7). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1981-04-08-7>
- Bilgrei, O. R., Bakken, A. og Pedersen, W. (2021). Når ungdom ruser seg. I G. Ødegård og W. Pedersen (Red.), *UNGDOMMEN* (s. 255-274): Cappelen Damm Akademisk. Hentet fra <https://doi.org/10.23865/noasp.142.ch11>
- Blestad, C. og Engen, T. (2015). Forebyggende arbeid: En community-psykologisk studie av endringer etter forebyggende intervensjon. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-49057>
- Borup, I. (2020). Sundhedsfremme, kommunikation og læring. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie : en grunnbok* (s. 107-120). Bergen: Fagbokforlaget.
- Botnan, T. (2021). Den politiske styringen av ungdommers bruk av illegal rus: Opplevelser av ruskontrakten som en 'styringsteknologi'. Hentet fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-90620>
- Christiansen, B. (2020a). Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2 utg., s. 47-76). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B. (2020b). Helseveiledning - hva menes med det? I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2 utg., s. 13-33). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Christiansen, B. (2020c). Levevaner og endringsprosesser - konsekvenser for helseveiledning. I B. Christiansen (Red.), *Helseveiledning* (2 utg., s. 178-204). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Clancy, A. (2012). Dybden i et helsesøstermøte (A. Sjøbu, Overs.). I R. Thorsen, K. S. Mæhre og K. Martinsen (Red.), *Fortellinger om etikk* (s. 63-83). Bergen: Fagbokforlaget.
- Clancy, A. (2015). Helsesøsterkonsultasjoner fra sidelinjen - et blikk på makt og kunnskap. I K. Martinsen og T. A. Kjær (Red.), *Utenfor tellekantene : essays om rom og rommelighet* (s. 145-159). Bergen: Fagbokforl., 2015.
- Clancy, A. (2020). Fra helsesøster til helsesykepleier. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie : en grunnbok* (s. 155-169). Bergen: Fagbokforlaget.
- Clancy, A. og Svensson, T. (2010). Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development*, 11(4), 363-373. <https://doi.org/10.1017/s1463423610000137>
- Dahl, B. M. (2020a). Helsesykepleiers kunnskapsgrunnlag og kunnskapsbaserte praksis. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie : en grunnbok* (s. 137-152). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dahl, B. M. (2020b). Helsesykepleierens arbeid - utviklingstrekk i et folkehelseperspektiv. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie : en grunnbok* (s. 39-56). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dahl, B. M. (2020c). Introduksjon til helsesykepleierfeltet. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie : en grunnbok* (s. 12-20). Bergen: Fagbokforlaget.
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2009, 23. mai, 2019). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Ellingsen, D., Nilsen, A. C. og Meling, A. (2009). *Ung og marginalisert : Et Agderperspektiv på utsatt ungdom* (FoU rapport nr. 2/2009). Hentet fra <https://senterforlikestilling.org/wp-content/uploads/2010/09/Ung-og-marginalisert.pdf>
- ESPAD. (2020). ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Hentet fra <http://www.espad.org/espad-report-2019>
- Folkehelseloven. (2012). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-2018-10-19-1584). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>

- Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning*, (FOR-2021-04-09-1146). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-04-09-1146>
- Foucault, M. (1999). *Overvåkning og straff : det moderne fengsels historie* (D. Østerberg, Overs. 3. utg.). Oslo: Gyldendal. (Opprinnelig utgitt 1975).
- Frank, K. (2016). Motiverende intervju i helsestasjonsarbeidet. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla og M. Bergum Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten : Barns psykiske helse og utvikling* (s. 331-344). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Gammersvik, Å. og Alvsvåg, H. (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 18-29. <https://doi.org/10.7557/14.237>
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid : fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Gjersing, L. (2018). Skader og problemer knyttet til narkotikabruk. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/narkotikainorge/konsekvenser-av-narkotikabruk/skader-og-problemer-knyttet-til-narkotikabruk/>
- Glavin, K. (2020). Public Health Intervetion Wheel - helsesykepleierens helsefremmende og forebyggende intervensjoner. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie : en grunnbok* (s. 171-191). Bergen: Fagbokforlaget.
- Glavin, K. og Helseth, S. (2009). Kunnskap i tråd med samfunnets behov. *Sykepleien*, 93(5), 56-57. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2005.0007>
- Grunnloven. (2020). *Kongeriket Norges Grunnlov* (LOV-1814-05-17). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17>
- Hammer, T. og Hyggen, C. (2013). Ung voksen - risiko for marginalisering. I T. Hammer og C. Hyggen (Red.), *Ung voksen og utenfor : mestring og marginalitet på vei til voksenliv* (s. 13-27). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hanssen-Bauer, M. W. (2014). Hvordan kan empowermentprinsipper gjøre helsestasjonen mer helsefremmende? I S. Tveiten og K. Boge (Red.), *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk: nye perspektiver* (s. 85-96). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hawke, L. D., et al. (2019). What makes mental health and substance use services youth friendly? A scoping review of literature. *BMC Health Services Research*, 19(1), 257. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4066-5>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* (Prop. 15 S (2015–2016)). Hentet fra www.regjeringen.no

- Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. (2022). Stortingsmelding om forebyggings- og behandlingsreform på rusfeltet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/stortingsmelding-om-forebyggings-og-behandlingsreform-pa-rusfeltet/id2905279/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2014). Prosedyrer for rusmiddeltesting. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/>
- Helsedirektoratet. (2017, 18. september 2020). Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 10. juni 2022, lest 10 september 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helseth, S. og Misvær, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1454-1461. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03069.x>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. og Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Järvinen, M. og Mortensen, N. (2005). Det magtfulde møde mellem system og klient - teoretiske perspektiver. I M. Järvinen, J. E. Larsen og N. Mortensen (Red.), *Det magtfulde møde mellem system og klient* (s. 9-27). Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Kim, B. og White, K. (2018). How can health professionals enhance interpersonal communication with adolescents and young adults to improve health care outcomes?: systematic literature review. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(2), 198-218. <https://doi.org/10.1080/02673843.2017.1330696>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser - sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skau og G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 : pasientfenomener, samfunn og mestring* (3 utg., s. 349-406). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. og Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I G. H. Grimsbø (Red.), *grunnleggende sykepleie 1 : sykepleie - fag og funksjon* (3 utg., s. 89-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk : om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen og J. Rygge, Overs. 3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 2015).

- Larsen, J. E., Mortensen, N. og Thomsen, J. P. F. (2005). Magtens mange facetter i mødet mellom system og klient. I M. Järvinen, J. E. Larsen og N. Mortensen (Red.), *Det magtfulde møde mellem system og klient* (s. 185-197). Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Lien, M. I. og Larsen, Y. (2015). Flinkiser og "dropouts". Hentet fra <https://www.rus-ost.no/publikasjoner/flinkiser-og-dropouts-1>
- Lillestø, B. (2007). Sykepleien tre dimensjoner. I T. E. Mekki og S. Pedersen (Red.), *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende sykepleie* (3 utg., s. 641-668). Oslo: Akribe.
- Lindström, B. (2015). *Salutogenese : Helse - livskvalitet - helsefremming* [Power point]. Hentet fra <https://www.statsforvalteren.no/siteassets/utgatt/fm-ostfold/dokument-fmos/helse-og-omsorg/folkehelse/salutogenese.pdf>
- Lindström, B. og Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese : helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv* (A. Sjøbu, Overs.). Oslo: Gyldendal akademisk. (Opprinnelig utgitt 2010)
- Macgowan, M. J. og Engle, B. (2010). Evidence for Optimism: Behavior Therapies and Motivational Interviewing in Adolescent Substance Abuse Treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.*, 19(3), 527-545. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.03.006>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mattila, M.-L., et al. (2011). Sense of coherence and health behaviour in adolescence. *Acta Paediatrica*, 100(12), 1590-1595. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2011.02376.x>
- Meld. St. 19 (2018–2019). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/?ch=3>
- Miller, W. R. og Rollnick, S. (2014). *Motiverande samtal : At hjälpa människor till förändring* (C. Å. Farbring, Overs. 3. utg.). Stockholm: Natur & Kultur. (Opprinnelig utgitt 2013).
- Mirlashari, J., Jahanbani, J. og Begjani, J. (2020). Addiction, childhood experiences and nurse's role in prevention: a qualitative study. *East Mediterr Health J.*, 26(2), 212-218. <https://doi.org/10.26719/2020.26.2.212>
- Misvær, N. og Helseth, S. (2017). Livskvalitet og vennskap. I L. G. Kvarme (Red.), *Sårbare skolebarn : trivsel og helse for barn med psykososiale utfordringer* (s. 11-30). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid : folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Nagy, E., Verres, R. og Grevenstein, D. (2017). Risk Competence in Dealing With Alcohol and Other Drugs in Adolescence. *Substance Use & Misuse*, 52(14), 1892-1909. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1318149>
- Nasjonal Kompetansetjeneste TSB. (2014). Prinsipper for behandling av ruslidelser hos unge - en kunnskapsoversikt. Hentet fra https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonal-kompetansetjeneste-for-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling-tsb/Documents/Skriftserie_Prinsipper%20for%20behandling%20av%20ruslidelser%20hos%20unge.pdf
- Norges arktiske universitet. Nettskjema*. Hentet 17.09.22 fra https://uit.no/om/orakelet/frag?p_document_id=516231
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. og Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOU 2019: 26. (2019). *Rusreform – fra straff til hjelp*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no>
- Omland, H. (2022, 16.04.2022). Færre unge får tilbud om ruskontrakt – frykter mer misbruk. Hentet fra <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/faerre-ungdommer-blir-tilbudt-ruskontrakt-1.15915437>
- Prop. 92 L (2020–2021). *Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven og straffeloven m.m. (rusreform – opphevelse av straffansvar m.m.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-92-l-20202021/id2835248/>
- Riksadvokaten. (2021). *Påtalemyndighetens legalitetskontroll med tvangsmiddelbruk - relevant etterforskningsformål og forholdsmessighet – særlig om ransaking i narkotikasaker*. Hentet fra <file:///C:/Users/linda/Downloads/P%C3%A5talemyndighetens-legalitetskontroll-med-tvangsmiddelbruk.pdf>
- Ritanti, Wiarsih, W., Asih, I. D. og Susanto, T. (2017). A phenomenological study of families with drug-using children living in the society. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 4, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2017.04.001>
- Rossow, I. og Klepp, K.-I. (2017). Rusmiddelforebyggende arbeid. I K.-I. Klepp og L. E. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 152-165). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ruud, A. K. (2021). *Hvorfor spurte ingen meg? : Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sandøy, T. A. (2019). Beyond personal reform: Adolescent drug-law offenders and the desistance process. *Punishment & Society-International Journal of Penology*, 21(5), 578-595. <https://doi.org/10.1177/1462474518809021>

- Sandøy, T. A. (2020). Alternative (To) Punishment: Assessing Punishment Experiences in Youth Diversion Programmes. *The British Journal of Criminology*, 60(4), 911-929. <https://doi.org/10.1093/bjc/azz088>
- Straffeloven. (2005). *Lov om straff* (LOV-2005-05-20-28). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28>
- Tetzchner, S. v. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning : - mer enn ord* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlag.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk : pasient og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- World Health Organization. (u.å.). Health Promotion. Hentet 30.09.2022 fra <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>
- Øvereide, H. (2009). *Samtaler med barn : metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner* (3. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS - Norwegian Academic Press.
- Aase, H., Lønnum, K., Sørli, M. A., Hagen, K. A., Gustavson, K. og Utgarden, I. H. (2020). *Barn, unge og kriminalitet. Hvordan forhindre at barn og unge kommer inn i eller fortsetter med en kriminell løpebane? Oppsummering og vurdering av virksomme tiltak, behandling og organisering*. (Rapport 2020). Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.

Vedlegg 1

Informasjon om forskningsprosjektet «Helsesykepleiers arbeid med ungdom under rusoppfølging»

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for dette forskningsprosjektet og hva prosjektet innebærer for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke erfaringer ungdom som er under rusoppfølging har med oppfølgingen de får av helsesykepleier. Dette skal jeg undersøke ved å gjennomføre intervjuer med ungdommene, og resultatene skrives frem i en mastergradsoppgave som ferdigstilles senest i løpet av høsten 2022. Overordnet hensikt med prosjektet er å bidra til forbedring av helsesykepleiepraksisen og oppfølgingen helsesykepleiere gir.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor er du inkludert i studien?

Jeg skal gjøre seks kvalitative intervju, hvor jeg vil undersøke erfaringene ungdommene har med oppfølgingen de får av helsesykepleier. Det kan derfor tenkes at det vil komme frem opplysninger i intervjuene som kan knyttes til den enkelte helsesykepleier. Eventuelle opplysninger vil likevel ikke komme frem i den skriftlige mastergradsoppgaven.

Hva innebærer prosjektet for deg?

Jeg vil innhente noen opplysninger om deg fra inntil seks ungdommer som jeg skal gjøre kvalitative intervju med. Det vil være opplysninger om hvordan de synes oppfølgingen av helsesykepleier er, og vi kommer til å snakke om både samtalene og urinprøvene. Jeg kommer til å informere ungdommene om at navnene deres eller andre kjennetegn ikke skal nevnes under intervjuene, da dette ikke er relevant for mitt forskningsprosjekt. Dette er for å minimere muligheten for at dere skal bli gjenkjent i datamaterialet.

Du har rett til å protestere

Du kan når som helst protestere mot at du inkluderes i dette forskningsprosjektet, og du trenger ikke å oppgi noen grunn, og det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg. Hvis du protesterer, vil UiT vurdere om alle dine personopplysninger skal slettes.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Jeg som student og min veileder vil ha tilgang til datamaterialet.
- Datamaterialet blir lagret på en forskningsserver.

Helseyskepleiere som det blir snakket om i intervjuene vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen av mastergradsoppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene aidentifiseres underveis, og slettes når oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i november/desember 2022. Etter prosjektslutt vil alle opptak slettes.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg fordi forskningsprosjektet er vurdert å være i allmennhetens interesse, men du har anledning til å protestere dersom du ikke ønsker å bli inkludert i prosjektet.

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

Dine rettigheter

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

- å komme med motsigelser
- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

- Universitetet i Tromsø ved student Linda Pedersen på epost: lpe032@post.uit.no eller veileder Ellinor Beddari på epost: ellinor.beddari@uit.no.
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold på epost: personvernombud@uit.no eller telefon: 776 46 322 og 976 915 78

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Rekruttering av intervjupersoner

Det er ønskelig at du er behjelpelig med rekruttering av informanter til prosjektet.

Dette er inklusjonskriteriene:

- Ungdom over 16 år som er under rusoppfølging
- Rusoppfølgingen har pågått i minst 6 måneder
- Kun ungdom som har kompetanse til å samtykke selv skal rekrutteres (dvs. ikke spørre de mest sårbare, f.eks. med tyngste erfaringer/diagnoser og/eller de som kan ha utfordringer med å forstå informasjonen om prosjektet, at det er frivillig å delta etc).
- Ungdommen skal ha betenkningstid før de samtykker, etter at de har fått informasjonen - f.eks. slik at de som vil delta tar med samtykkeerklæring ved neste oppmøte eller sender direkte til studenten via ferdigfrankerte konvolutter

For ungdom under 18 år:

- Kun i de tilfellene der foresatte vet at ungdommen er under rusoppfølging får ungdommen invitasjon til å bli med i prosjektet
- Informasjonsskrivet skal gis til foreldre og ungdom der de møter sammen
- Når foreldre ikke er med, gis skrevet til ungdommen med beskjed om å vise skrevet til sine foreldre

For ungdom over 18 år skal ikke foreldre involveres.

Med vennlig hilsen

Linda Pedersen

Ellinor Beddari

Helsesykepleier/mastergradsstudent

Veileder

Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet

Helsesykepleiers arbeid med ungdom under rusoppfølging?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor målet er å undersøke erfaringer unge har med rusoppfølgingen de får av helsesykepleier. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er helsesykepleier mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø. Jeg ønsker å gjøre intervju med unge som er under rusoppfølging, for å spørre om hva de synes om oppfølgingen de får av helsesykepleier. Intervjuet blir en del av et mastergradsprosjekt, og resultater fra intervjuet vil jeg publisere i en mastergradsoppgave som blir ferdigstilt senest høsten 2022. Deres stemmer er viktig og vil kunne bidra til videreutvikling av helsesykepleiers måte å jobbe på, og også kunne forbedre gjennomføringen av fremtidige rusoppfølginger.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du mottar denne invitasjonen fordi du er over 16 år og er under rusoppfølging av helsesykepleier.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i prosjektet vil jeg gjøre et intervju med deg. Det vil sannsynligvis vare mellom 30 minutter til 1 time. Intervjuet vil foregå ved (navn på senteret) i løpet av vinteren 2022. Dersom du heller vil gjøre intervjuet et annet sted kan vi bli enige om det. Det vil også være muligheter til å gjennomføre intervjuet over Skype.

Jeg ønsker å undersøke hvilke erfaringer du har fra oppfølgingen du får av helsesykepleier, og vi kommer til å snakke om både oppfølgingssamtaler og urinprøver. I tillegg kommer jeg til å spørre om foreldrene dine har deltatt i oppfølgingen. Ingen av helsesykepleierne ved (navn på senteret) vil få innsyn i hva du som intervjudeltaker har svart på spørsmålene mine.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke dette samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke ønsker å delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du er under 18 år ønsker vi at du viser dette skrivet til dine foresatte, slik at du i samarbeid med dem kan bestemme om du skal delta eller ikke.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi må forholde oss til et strengt regelverk i forhold til behandling av opplysninger om deg, og ingen uvedkommende vil kunne få tak i opplysningene om deg.

- Det er kun jeg som student og min veileder som vil ha tilgang til datamaterialet/lydfilen fra intervjuet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data, og datamaterialet fra intervjuet lagres på en forskningsserver.

I intervjuet kommer jeg ikke til å spørre om alder eller kjønn, og heller ikke spørre om hvor rusoppfølgingen har funnet sted, annet enn «i en by i Nord-Norge».

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene aidentifiseres underveis i prosjektet. Personopplysninger og opptak slettes når oppgaven godkjent. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg som person i min skriftlige masteroppgave.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitetet i Tromsø ved student Linda Pedersen på epost: lpe032@post.uit.no eller veileder Ellinor Beddari på epost: ellinor.beddari@uit.no.
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold på epost: personvernombud@uit.no eller telefon: 776 46 322 og 976 915 78.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personvertjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ellinor Beddari

Veileder

Linda Pedersen

Helsesykepleier/mastergradsstudent

Jeg håper du har lyst til å delta i prosjektet. I så fall fyller du ut samtykkeerklæringen nedenfor og leverer til helsesykepleier, eller du kan returnere samtykkeerklæringen i vedlagt ferdigfrankert konvolutt. Skriv gjerne ned kontaktinformasjon slik at jeg vet hvordan jeg kan kontakte deg.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Helsesykepleiers arbeid med ungdom under rusoppfølging», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

[Meldeskjema](#) / [Helsesykepleiers arbeid med ungdom under rusoppfølging](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer

752443

Type

Standard

Dato

16.02.2022

Prosjekttittel

Helsesykepleiers arbeid med ungdom under rusoppfølging

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig

Ellinor Beddari

Student

Linda Pedersen

Prosjektperiode

01.09.2021 - 16.12.2022

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Strafferettslige

Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 10)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 16.12.2022.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Vi har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

Vurderingen her erstatter vurderingen vi gav 29.09.2021. Hvis du har samlet inn data i mellomtiden, anbefaler vi at utvalget får oppdatert informasjon om ny planlagt prosjektslutt 16.12.2022.

FREMLEGGELSESVURDERING HOS REK

På forespørsel har REK gitt en veiledende vurdering om at prosjektet ikke fremstår som medisinsk og helsefaglig forskning, og dermed ikke er fremleggelsespliktig for REK etter helseforskningsloven (REKs ref.: 325296).

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige og særlige kategorier personopplysninger (om helseforhold) om et utvalg ungdommer over 16 år som er, eller nylig har vært, klienter på ruskontrakt. Det tas høyde for at det i tillegg kan fremkomme enkelte personopplysninger om straffedommer/lovovertridelser.

Prosjektet vil også behandle alminnelige personopplysninger om klientenes helsesykepleiere og foreldre (tredjeperson).

Personopplysningene innhentes i intervju med klientene, og behandles frem til masterprosjektet avsluttes 16.12.2022.

I publikasjoner skal det ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Vi minner om at dere i anonymiseringsarbeidet må ta høyde for at flere vil vite hvor datainnsamlingen er gjennomført (bl.a. ansatte). Dere kan derfor ikke publisere bakgrunnsopplysninger om klienter, foreldre eller helsesykepleiere, som i kombinasjon med institusjon kan være identifiserende (som f.eks. alder, kjønn, familiesituasjon, diagnoser, spesielle hendelser el.).

VURDERING BEHOV FOR DPIA

Prosjektet behandler sensitive personopplysninger om sårbare registrerte, noe som kan kreve en mer omfattende vurdering (DPIA). Vi mener det likevel ikke er høy risiko for personvernet og at prosjektet derfor ikke trenger en DPIA. Dette fordi prosjektet gjør tiltak for å sikre:

- at det innhentes frivillig og informert samtykke fra alle klientene
- at omfanget personopplysninger begrenses, til det som er nødvendig for formålet
- at få personer har tilgang til personopplysninger
- at varigheten av behandlingen er kort Se mer om dette under.

LOVLIG GRUNNLAG - KLIENTER (UNGDOMMER)

Personopplysninger om klientene/ungdommene innhentes fra den registrerte selv gjennom intervju, basert på samtykke.

Ungdommer over 16 år kan vanligvis samtykke selv til forskning, også på sensitive personopplysninger. Men siden utvalget her mottar helsehjelp for rusproblemer, er ikke nødvendigvis alle er i stand til å avgi et fritt og informert samtykke.

Prosjektet gjør derfor følgende tiltak, for å sikre reelle samtykker fra de som deltar:

- Helsesykepleiere som bistår med rekruttering får skriftlig informasjon om hvordan de skal gå frem
- Helsesykepleiere inviterer kun ungdom som vurderes å ha samtykkekompetanse (dvs. spør ikke de mest sårbare, med tyngre erfaringer/diagnoser, utfordringer med å forstå informasjonen/frivillighet etc.)

- Alle ungdommene får skriftlig informasjon om prosjektet ved oppmøte hos helsesykepleier, og får betenkningstid før de bes om samtykke
- De som ønsker å delta velger om de tar med samtykkeerklæring til helsesykepleier ved neste oppmøte, eller sender den direkte til studenten
- Ungdom under 18 år rekrutteres kun der foreldrene vet at ungdommen er på rusoppfølging. Helsesykepleier gir da informasjonen til foreldre og ungdom ved felles oppmøte, eller ber ungdommen vise skrivet til foreldrene hjemme (for rådføring), før ungdommen eventuelt samtykker til å delta
- Før intervju vil studenten forklare informasjonen muntlig, og forsikre seg om at ungdommen forstår og samtykker til deltagelse og behandling av personopplysninger

Prosjektet gjør også tiltak for å sikre dataminimering, ved at ungdommene før/under intervju bes om å kun snakke om oppfølgingen de får, og ikke om bakgrunn for ruskontrakten, eventuelle kriminelle handlinger, vanskelige ting de har opplevd el.

På bakgrunn av tiltakene nevnt over, er det vår vurdering at prosjektet legger opp til et samtykke fra ungdommene som samsvarer med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Behandlingen av personopplysninger vil ha lovlig grunnlag i den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr.

1 a og art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10 og personvernforordningen art. 10, jf. personopplysningsloven §§ 11.

LOVLIG GRUNNLAG - TREDJEPERSON (HELSESYKEPLEIERE OG FORELDRE)

I intervju med ungdommene innhentes opplysninger om helsesykepleierne (om deres oppfølging av klientene), og noen få opplysninger om foreldre (om de deltok da kontrakten ble inngått, og på møter).

Behandlingen av opplysninger om tredjeperson er nødvendig for å utføre en oppgave i allmennhetens interesse (formål knyttet til vitenskapelig forskning). Følgende tiltak gir garantier for tredjepersons rettigheter og friheter:

- dataminimering, ved at dere ber informanten før/under intervju om begrensning av omfang og type tredjepersonopplysninger til det som er nødvendig for formålet (etterspørres), og ikke gi sensitive opplysninger
- kollektiv informasjon til helsesykepleiere i form av oppslag på arbeidsplassen, slik at de får anledning til å ivareta sine rettigheter (f.eks. protestere mot behandlingen)
- informasjon om prosjektet til foreldre til ungdom under 18 år

Lovlig grunnlag for behandlingen av alminnelige personopplysninger om helsesykepleiere og foreldre vil dermed være personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e, jf. personopplysningsloven § 8.

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som klientene vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art.

12.1 og art. 13.

Når det gjelder tredjeperson, er det vår vurdering at det kan gjøres unntak fra plikten til å gi individuell informasjon, jf.

personvernforordningen art. 14 nr. 5 b). Det er uforholdsmessig vanskelig å informere, ettersom det ikke innhentes direkte personopplysninger (kontaktinformasjon) og personvernulempen er relativt lav som følge av tiltakene nevnt i avsnittet over (dataminimering og kollektiv informasjon).

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de alle ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art.

17), begrensning (art. 18) og underretning (art. 19).

- Klientene som samtykker vil i tillegg ha rett til dataportabilitet (art. 20).
- Tredjeperson vil i tillegg ha rett til protest (art. 21).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon (UIT) plikt til å vurdere om rettighetene kan/skal innfris iht. reglene i personvernforordningen, og svare den registrerte innen en måned.

Hvis klientene skal gis innsyn i intervjutranskripsjoner, minner vi om at disse må deles via trygge kanaler (f.eks. kryptert epost). Følg retningslinjer/lagringsguide ved din institusjon.

Vi minner også om at tredjeperson (helsesykepleiere, foreldre) her ikke kan gis konkret innsyn/kopi av hva den enkelte klient har sagt, jf.

personvernforordningen art. 15 nr. 4 og informasjonsskrivet som ligger til grunn for klientenes samtykke.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen: - om lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at behandlingen oppfyller vilkårene for rettslig grunnlag i hhv. samtykke og allmennhetens interesse, og de registrerte får informasjon i den grad det er mulig/forholdsmessig

- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke videre behandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Vi gjør oppmerksom på at hvis intervjuer gjennomføres digitalt, vil leverandøren være databehandler. Behandlingen må da skje i samsvar med personvernforordningen art. 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at sikkerhetskravene oppfylles, må prosjektansvarlig sørge for at prosjektet følger interne retningslinjer/lagringsguide ved behandlingsansvarlig institusjon (UIT).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med det du har oppgitt i meldeskjema.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 4

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Meldeskjema

Referansenummer

752443

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer
- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person
- Straffedommer eller lovovertridelser
- Helseopplysninger

Beskriv hvilke bakgrunnsopplysninger du skal behandle

Stilling og institusjon

Prosjektinformasjon

Prosjektittel

Helsesykepleiers arbeid med ungdom under rusoppfølging

Prosjektbeskrivelse

Undersøke erfaringer unge har med rusoppfølgingen de får fra helsesykepleier.

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Jeg ønsker kun å vite noe om hvilke erfaringer intervjupersonene har med oppfølgingen de får fra helsesykepleier mens dem er på rusoppfølging. Dersom noe kriminelt ble gjort i forkant er dette uvesentlig for prosjektet, og vil derfor ikke bli tatt opp som tema i intervjuet av meg. Ingen andre personalia kommer til å bli tatt opp.

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student Linda

Pedersen, lindaped01@gmail.com, tlf:

99241544

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ellinor Beddari, ellinor.beddari@uit.no, tlf: 77660668

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Personer over 16 år som er på rusoppfølging hos helsesykepleier

Rekruttering eller trekking av utvalget

Helsesykepleiere som jobber ved institusjonen som har ungdommer på rusoppfølging inviterer ungdommene til å bli med i prosjektet. De har invitasjonen/samtykkeerklæringsskjema tilgjengelig på kontoret, og ungdommen kan velge om han/hun ønsker å være med og skriver i så fall under. Jeg legger også ved ferdigfrankerte konvolutter slik at ungdommen har mulighet til å sende samtykkeerklæringen direkte til meg dersom hen ikke ønsker å gjøre dette gjennom helsesykepleieren. Ungdommene skal også ha mulighet for betenkningstid.

Inklusjonskriterier: Ungdommene skal være over 16 år og være under rusoppfølging av helsesykepleier. Helsesykepleierne vurderer hvilke av ungdommene (særlig de under 18 år) som har kompetanse til å samtykke selv. Herunder utelate de, etter helsesykepleiers vurdering, mest sårbare. I de tilfellene hvor ungdommen er under 18 år inviteres kun de hvor foresatte vet om at ungdommen går til rusoppfølging. Dersom helsesykepleier ikke er i direkte kontakt med foresatte får ungdommen informasjonsskrivet med hjem med beskjed om å vise skrivet til foresatte. På denne måten vil foresatte kunne bistå ungdommen i valget om å takke ja eller ikke til deltakelse.

Jeg kommer til å starte intervjuene når jeg har fått frivillige informanter. Minimum 4 stk, maksimum 6 stk på grunn av prosjektets omfang.

Alder

16 - 23

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Lydopptak av personer
- Straffedommer eller lovovertrædelser

Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Hvem samtykker for ungdom 16 og 17 år?

Ungdom

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Grunnlag for å behandle personopplysninger om straffedommer og lovovertrедelser eller tilknyttede sikkerhetstiltak

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 10)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene? Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Ja

Beskriv tredjepersoner

Det gjelder bakgrunnsopplysninger om helsesykepleierne som tredjeperson. Det kan tenkes at de vil kunne gjenkjennes gjennom opplysninger som kommer frem fra intervjudeltakerne,

men jeg skal starte hvert intervju med å informere om at ingen navn eller andre kjennetegn blir nevnt under intervjuet. Jeg skal i tillegg dele ut et informasjonsskriv om studien som jeg vil dele ut til de aktuelle helsesykepleierne.

Jeg kommer også til å stille spørsmål som vil omhandle eventuell deltakelse av foreldre/foresatte. Jeg vil bare vite om foreldre/foresatte var med ungdommene da rusoppfølgingen ble inngått, og om de har vært med på noen av møtene. Jeg kommer til å la ungdommene snakke litt om hvilken betydning dette hadde for dem i forhold til å gå til oppfølging hos helsesykepleier - kanskje syntes de det var en trygghet å ha med foresatte, eller kanskje de kunne ønsket at foresatte var sammen med dem dersom disse ikke var med. Foreldrene/foresatte blir også nevnt i starten av intervjuet, som "tredjepersoner" som vi ikke skal nevne navnene til, eller andre identifiserbare beskrivelser, for å unngå at de på noen måte kan bli gjenkjent. Ungdommene under 16 år får informasjonsskrivet deres med hjem med beskjed om å vise det frem for foresatte.

Typer opplysninger om tredjepersoner

- Bakgrunnsopplysninger som vil kunne identifisere en person

Hvilke utvalg avgir opplysninger om tredjepersoner?

- Utvalg 1: Personer over 16 år som er på rusoppfølging hos helsesykepleier

Samtykker tredjepersoner til behandlingen av opplysningene?

Nei

Mottar tredjepersoner informasjon om behandlingen av opplysningene?

Ja

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Samtykket kan når som helst trekkes tilbake gjennom at intervjupersonen tar kontakt med meg eller veileder.

Kontaktinformasjon står på samtykkeerklæringsskjemaet.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Intervjupersonen tar kontakt med meg eller veileder, og vi finner fram datamaterialet som hører til personens intervju. Datamaterialet er tilkoblet en koblingsnøkkel slik at vi kan finne frem til riktig person. **Totalt antall registrerte i prosjektet**

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

- Etisk godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Student (studentprosjekt)
- Prosjektansvarlig

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Flerfaktorautentisering
- Opplysningene krypteres under lagring
- Endringslogg
- Adgangsbegrensning
- Adgangslogg

Varighet

Prosjektperiode

01.09.2021 - 16.12.2022

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data slettes (sletter rådataene)

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Vedlagt ligger informasjonsskriv som deles ut til aktuelle helsesykepleierne.

I informasjonsskrivet har jeg listet opp inklusjonskriteriene, og også hva som er spesielt for ungdom som ikke har fylt 18 år. Dersom helsesykepleierne ikke er i direkte kontakt med

foresatte til ungdommer under 18 år får ungdommen informasjonsskrivet med seg, samt beskjed om å vise skrivet til foresatte. I tillegg skal ungdommene som får invitasjon få mulighet til betenkningstid.

Under punkt "sikkerhet" har jeg ikke krysset av for at personopplysningene anonymiseres under veis. Dette er fordi jeg har lært at det skal svært mye til for at man kan kunne si at noe er anonymisert. Jeg vil derimot kunne aidentifisere opplysningene og datamaterialet. Dette gjør jeg gjennom å unngå at personidentifiserende opplysninger blir nevnt i intervjuet, samt at jeg omgjør persondata i oppgaven: tillegger intervjupersonene falskt navn, annen alder etc.

Vedlegg 5

Intervjuguide

Innledning

- Fortelle litt om meg selv og temaet for samtalen (bakgrunn og formål)
- Gjennomgang av informasjonsskrivet, forklare, og forsikre meg om at ungdommen forstår og samtykker til deltagelse og behandling av personopplysninger
- Nå er jeg interessert i å høre om hvordan du erfarte oppfølgingen du fikk av helsesykepleier, og vil at du skal fortelle så mye som mulig om dette temaet. Det finnes ingen rett og galt.
- Presisere formålet - viktig at ungdommene ikke kommer inn på personsensitive opplysninger. F eks hvorfor de var på kontrakt eller andre kriminelle handlinger, eller hvor vi befinner oss.
- Nevne at når vi snakker om tredjepersoner skal vi ikke nevne navnene eller andre identifiserbare beskrivelser, for å unngå at de kan bli gjenkjent.
- Forklare hvordan jeg skal bruke intervjuet, og forklare taushetsplikt og aidentifisering.
- Fortelle om opptak og lagring
- Spørre om noe er uklart før intervjuet starter
- Starte lydopptaker, spørre om muntlig samtykke?

Tema 1: Samtalene med helsesykepleier

- Hvor lenge var du på ruskontrakt?
 - o Er du på ruskontrakt nå?
 - o Inngikk du kontrakt sammen med foreldre/foresatte?
 - o Var disse i så fall med på noen/alle samtalene?
 - Hvilken betydning hadde dette for oppfølgingen synes du?
- Hvordan var ditt første møte med helsesykepleier etter oppstart av ruskontrakten?
- Møtte du samme helsesykepleier hver gang?
 - o Hvis ulike, hvor mange?
 - o Hvilken betydning hadde dette for hvordan du synes oppfølgingen var?
 - o Hvordan påvirket det stabiliteten i oppfølgingen?
- Hvordan var ditt forhold til helsesykepleierne?
 - o Ulike helsesykepleiere?
 - o Godt eller mindre godt?
 - Fortell mer om hvorfor
 - o Forandret forholdet seg, eller var det samme hele tiden?
 - Hvorfor?
 - o Hvis du tenker tilbake, hvordan synes du det påvirket det oppfølgingen?
- Hvordan synes du at du ble ivaretatt av helsesykepleier i samtalene?

- Hva snakket dere om?
 - Hva synes du at helsesykepleieren var opptatt av i samtalene?
 - Tema?
 - Mestring?
 - Styrke selvfølelse?
 - Hva hadde du lyst å snakke om i samtale?
 - Fikk du komme frem med det?
- Hvordan tenker du at oppfølgingen fra helsesykepleier påvirket deg?
- Kunne helsesykepleieren snakket med foreldrene dine synes du?

Tema 2: Avlegging av urinprøver hos helsesykepleier

- Fortell litt om hvordan avleggingen foregikk
 - Hvor foregikk dem?
- Hvordan opplevde du avlegging av urinprøvene?
- Hvordan ble du ivaretatt under avleggingen av urinprøvene?

Avsluttende spørsmål

- Hva med oppfølgingen var du mest fornøyd med?
 - Hvorfor?
- Hva med oppfølgingen var du minst fornøyd med?
 - Hvorfor?
- Har oppfølgingen endret på synet ditt på helsesykepleiere?
 - Fortell mer om det
- Sett under ett, hvordan synes du det var å gå til oppfølging hos helsesykepleier?
 - Fikk du den hjelpen/støtten du trengte?
- Skulle du ønske at helsesykepleieren hadde gjort noe mer?
 - Annerledes?
- Er det noe du ønsker å tilføye til slutt?

Vedlegg 6



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK nord	Susanne Ramstad	77660388	08.09.2021	325296

Linda Pedersen

Fremleggingsvurdering: Erfaringer med oppfølging av helsesykepleier

Søknadsnummer: 325296

Forskningsansvarlig institusjon: UiT Norges arktiske universitet

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Jeg ønsker å undersøke hvilke erfaringer unge har med oppfølgingen de fikk av helsesykepleier da de var på ruskontrakt. Intervjupersonene skal være over 18 år, og det skal ikke være mer enn to år siden de avsluttet kontrakten.

Jeg ønsker ikke å vite noe om årsaken til at de var på kontrakt, eller andre personopplysninger. Intervjuene gjøres individuelt, og blir tatt opp på lydfil.

Vi viser til forespørsel om fremleggingsplikt for ovennevnte forskningsprosjekt mottatt 20.08.21. Forespørselen er behandlet av sekretariatet i REK nord på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum.

REKs vurdering

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om «*medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger*», jf. helseforskningsloven § 2. «*Medisinsk og helsefaglig forskning*» er i § 4 a), definert som «*virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom*». Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

Her er formålet å undersøke hvilke erfaringer unge har med oppfølgingen de fikk av helsesykepleier da de var på ruskontrakt.

Konklusjon

Etter beskrivelsen av prosjektet fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggelsespliktig, jf. helseforskningsloven § 2.

REK nord

Besøksadresse: MH-2, 12. etasje, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø

Telefon: 77 64 61 40 | E-post: rek-nord@asp.uit.no

Web: <https://rekportalen.no>

Vi gjør oppmerksom på at ovennevnte ikke er et vedtak men en vurdering og konklusjon som må anses som veiledende jf. forvaltningsloven § 11.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll

seniorrådgiver

Kopi til:

UiT Norges arktiske universitet

Susanne Ramstad sekretariatsleder

