

MASTEROPPGAVE

Mastergrad i Organisasjon og ledelse

Rusmiddelbruk blant eldre som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester

Om erfaringer og læringsmuligheter blant ansatte i tjenestene.

av
Liv Flesland

September 2010

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no –
www.hisf.no

Masteroppgave i: Organisasjon og ledelse

Tittel:

Rusmiddelbruk blant eldre som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester
Om erfaringer og læringsmuligheter blant ansatte i tjenestene.

Engelsk tittel:

Alcohol and drug use among elderly receiving municipal nursing and primary care
services. The experiences and learning opportunities among employees in services.

Forfatter: Liv Holmefjord Flesland

Emnekode og emnenavn:

MR 690

Masteroppgave i organisasjon og ledelse

Kandidatnummer:

12

Publisering i institusjonelt arkiv, HSF Biblioteket (sett Dato for innlevering:
kryss): JA__x Nei__ 28. september 2010

Eventuell prosjektilknytning ved HSF

Emneord (minst fire):

Eldre

Pleie- og omsorg

Rusmiddelbruk

Kunnskap

Erfaring

Læringsmuligheter

Tittel og sammendrag:

Rusmiddelbruk blant eldre som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Om erfaringer og læringsmuligheter blant ansatte i tjenestene.

Bakgrunn: Det blir flere eldre som bruker rusmidler og behovet for rusrelatert kompetanse er økende i kommunal sektor. Kvalifiserte og dyktige medarbeidere er avgjørende for god kvalitet på framtidige pleie- og omsorgstjenester til eldre rusmiddelbrukere. Det foreligger relativt lite forskning om eldre, aldring og rusmiddelbruk i kontekst.

Målet med studien har vært å undersøke kompetansebehov relatert til rusmiddelbruk blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Studien har belyst ansatte sitt kunnskapsgrunnlag, og sett på hvilke erfaringer og utfordringer de opplever i møte med rusmiddelbrukende pasienter. Studiens tredje fokus har vært å belyse læringsmuligheter for ansatte i pleie- og omsorgstjenestene.

Metode: Studiens design er beskrivende og fortolkende. Det er brukt kvalitativ metode med semistrukturerte intervju. Åtte sykepleiere, med minimum fem års arbeidserfaring, ble intervjuet. Data er analysert i en kombinert tilnærming av tema- og personsentrert analyse.

Resultater: Studien viser at det er lite formell kunnskap om temaet i pleie og omsorg, men sykepleiere har gjennom arbeidspraksis med eldre fått mye erfaringsbasert kunnskap om rus. Ansatte i pleie- og omsorgssektoren står overfor store utfordringer i møte med pasienter som bruker rusmidler eller har rusrelaterte skader. Samtidig opplever sykepleiere å ha et godt arbeidsmiljø og er positive til nye utfordringer, men knappe ressurser, mangelfull opplæring og lite fokus på ansattes erfaringer, medvirker til at kommunale pleie- og omsorgstjenester har begrensede læringsmuligheter relatert til kompetansehevende tiltak om eldre og rusmiddelbruk. Ansattes tause kunnskap om rusmiddelbruk blant eldre er en skjult ressurs, som i liten grad nyttes til å utvikle kompetanse både i et individuelt og organisatorisk perspektiv.

Title and Abstract:

Alcohol and drug use among elderly people receiving municipal nursing and primary care services. Experiences and learning opportunities among employees in services.

Background: There are many elderly people who use alcohol and drugs, and the need for alcohol and drug related expertise is increasing in the municipal sector. Qualified and skilled employees are critical to ensure the quality of future care services for older drug users. There is relatively little research on the elderly, aging and alcohol and drug use in this context.

The aim of this study was to examine the need for skills and competence related to drug use, among employees in the care sector. The study explored employees' knowledge base, and looked at their experiences and challenges when confronted with substance use by patients. The third focus in this study has been to shed light on learning opportunities for employees in nursing and primary care services.

Method: The study design is descriptive and interpretive, utilising a qualitative method with semi-structured interviews. Eight nurses, with a minimum of five years work experience, were interviewed. The data were analyzed in a combined approach of theme and person-centred analysis.

Results: The study shows that there is little formal knowledge of substance abuse amongst the nurses, but much experience-based knowledge gained through work experience with elderly people. Employees in the primary care sector are facing major challenges with patients who use alcohol and/or drugs, or have alcohol and/or drug related injuries. At the same time the nurses experience a good working environment, and they are positive to new challenges. Scarce resources, inadequate training and little focus on employees' experiences, contribute to the municipal nursing and primary care services being limited in terms of staff learning opportunities on the subject of elderly and drug use. Employee tacit knowledge of drug use among the elderly is a hidden resource, which is rarely used in developing skills, both in an individual and organizational perspective.

Forord

Dette har vært en spennende kunnskapsreise - hvor veien ble til etter hvert.

At et enkelt kurs i organisasjonsteori skulle ende opp med en masterutdanning, var fjernt fra mine tanker for femten år siden, når jeg begynte på dette kurset. Men etter hvert som årene gikk, modnet tanken på å fullføre en masterutdanning i helseledelse. Nå er jeg i mål. En stor takk til Høgskulen i Sogn og Fjordane og Folkeuniversitetet i Bergen for et fleksibelt studieopplegg – det har gjort denne reisen mulig.

At masteroppgavens tema skulle være rusrelatert, ble tidlig klart for meg – det er der jeg har mitt store engasjement! Og jeg ønsket også å oppdage noe nytt – derfor rettet jeg blikket mot de eldres situasjon. Det har ikke vært sett i den retningen så langt i rusfeltet. Men hvordan jeg kunne koble rus sammen med ledelsesperspektivet, var en større utfordring. Jeg vil derfor rette en stor takk til min veileder, Olina Kollbotn, for kreative innspill og god støtte i prosessen.

En stor takk til informantene som ønsket å dele erfaringene sine med meg. Uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre studien. Jeg håper derfor at jeg har gitt dere et bidrag som kan brukes videre i arbeidet med rusmiddelbrukende eldre.

Det er mange andre som har fulgt meg og støttet meg på denne kunnskapsreisen - som fortjener en stor takk. Min arbeidsgiver, Stiftelsen Bergensklinikkene, som har gitt meg permisjon og støttet meg økonomisk, og min leder Vibeke Johannessen som kom med ideer innledningsvis og ga meg tillit i skriveprosessen. Videre har HSH-fondet og Norsk Sykepleierforbund bidratt med stipend. Jeg vil også takke Sirius-biblioteket som velvillig hjalp meg med litteratursøk. Og alle dere andre som har vist entusiasme når jeg har fortalt om temaet jeg har studert. Det har gitt meg troen på at dette kunne bli en masteroppgave.

Og sist, og aller viktigst. Jeg har en fantastisk familie – Oddmund, Lita, Marius, Martin og Jonas - som har tålt mitt fravær, både mentalt og når jeg har reist på studiesamlinger til Førde. Nå er det slutt.....i alle fall for denne gang. Og Simba – nå skal vi gå litt lengre turer.....

Bergen, september 2010

Liv Flesland

*”Den sanne oppdagelsesreisen består ikke i å finne nye landskap,
men å se med nye øyne.”*

Marcel Proust.

Innhold

Kapittel 1: Innledning	9
Problemstilling, avgrensning og formål	10
Kunnskapsstatus om rusmiddelbruk blant eldre	11
Oppbygging av oppgaven	15
Kapittel 2: Teoretiske perspektiver	17
Kompetanse og læring	17
Utvikling av faglig kompetanse	18
Kunnskap og handling individuelt og i organisasjoner	20
Kunnskap	20
Læring, utvikling og spredning av kunnskap	21
Læring gjennom refleksjon	25
Handlingsteori i organisasjoner	25
Arenaer for læring	27
Kunnskapsgrunlaget i rusfeltet	30
Oppsummering av teori	31
Kapittel 3: Metodisk tilnærming	33
Det kvalitative forskningsintervjuet	34
Intervjuguide	34
Valg av informanter	35
Utvalgets størrelse	37
Analyse	37
Forskerens forforståelse	39
Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet	40
Troverdighet	40
Bekreftbarhet	40
Overførbarhet	41
Etiske vurderinger	42
Kapittel 4: Erfaringer og læringsmuligheter for sykepleiere i kommunen	45
Presentasjon av utvalg og demografiske data.	45
Kunnskap, opplæring og kompetanseheving i rusproblematikk	46

Kunnskap _____	46
Intern opplæring _____	47
Kompetansehevende tiltak _____	48
Erfaring med rusmiddelbruk. _____	49
Rusmiddelbrukende pasienter i pleie og omsorgstjenesten _____	49
Møte med rusmiddelbrukende pasienter _____	55
Læringsmuligheter i pleie- og omsorgstjenestene _____	63
Oppsummering – intervju med sykepleiere _____	68
<i>Kapittel 5: Drøfting</i> _____	75
Kunnskap om rusrelatert problematikk. _____	75
Erfaring med rusmiddelbrukende eldre tjenestemottakere _____	79
Rusmiddelbruk og problemutvikling i pleie- og omsorgstjenestene _____	79
Eldres rusmiddelvaner og etiske dilemma _____	81
Tidlig intervensjon _____	83
Utvikling av rusproblemer seint i livet _____	85
Kompetanse, utfordringer og holdninger _____	85
Manglende samarbeid og tiltak _____	86
Spesialkompetanse – en forutsetning for kvalifiserte tjenester? _____	88
Læringsmuligheter i pleie- og omsorgstjenestene _____	89
Læringsarenaer _____	89
Læring gjennom refleksjon _____	91
Veiledning _____	92
Oppsummering _____	94
<i>Kapittel 6: Avslutning, konklusjon og forslag til videre forskning</i> _____	95
Avsluttende analyse _____	95
Metodiske begrensninger _____	96
Konklusjon - med forslag til tiltak og videre forskning _____	97
<i>Litteratur</i> _____	101
<i>Vedlegg</i> _____	105

Kapittel 1: Innledning

Rusmiddelbruk generelt er blitt vanligere i Norge. Alkoholkonsumet er høyere enn noen gang og alkoholforbruket blant eldre har økt med 40 prosent de siste 25 årene (Horverak og Bye, 2007). Fokus på rusmiddelbruk og rusmiddelavhengige som pasientgruppe har økt det siste tiåret, og gruppen har fått pasientrettigheter. De eldre blir flere og det skjer forandringer på det sosiale og kulturelle planet som kan ha relevans for rusmiddelbrukens konsekvenser i de sene fasene av livet. Illegale rusmidler kom for alvor inn i kulturen vår på slutten av 60-tallet. Bruken av narkotiske stoffer har fått fotfeste i ulike grupper i samfunnet, og en del mennesker er preget av et langt liv med bruk av illegale rusmidler (St. meld. nr 16, 2002-2003).

Det europeiske overvåkningsbyrået for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA / EONN) sier at bruk av rusmidler er et problem som oftest er blitt knyttet til yngre mennesker, men at en i dag erfarer at bruken ikke har noen aldersgrenser. Det er begrenset dokumentasjon om eldres rusmiddelbruk, og derfor vanskelig å si noe bestemt om omfanget og hva det innebærer. Følgen av at det generelt blir flere eldre i Europa, er at antallet eldre som har problemer med bruk av rusmidler, eller trenger behandling for en rusrelatert lidelse, kommer til å dobles i perioden 2001 til 2020. Dette skyldes delvis de store fødselstallene i perioden 1946 til 1964, men også den økte forekomsten av narkotikabruk i denne aldersgruppen. Det stigende antallet godt voksne som har slike problemer, kommer til å bli en belastning på behandlingsapparatet (EONN, 2008).

I Norge er det også kommet fram noen erfaringer relatert til eldre og rusmiddelbruk. Lege Ole Hovind ved Gatehospitalet i Oslo sier at rusmiddelavhengige i dag lever lengre, at det er en økning i antall eldre rusmiddelavhengige og at det finnes pensjonister som ruser seg på heroin og amfetamin. På grunn av somatisk sykdom relatert til rusmiddelbruken, er mange også rent kroppslig eldre enn det alderen tilsier. Dette vil by på nye problemstillinger for tradisjonelle institusjoner som alders- og sykehjem (Lønningen, 2008). Overlege Jon Johnsen ved Alderspsykiatrisk poliklinikk, Blakstad sykehus, sier at det i tillegg til alle eldre som har fått en avhengighetsdiagnose, også vil være mange som tar sitt etablerte drikkemønster med inn i alderdommen, uten at de nødvendigvis opplever det som problematisk. Dette betyr at eldre med relativt høyt alkoholkonsum, utsetter seg for stor helserisiko, fordi fysiologiske aldringsprosesser medfører at kroppen tåler mindre alkohol enn tidligere (Psykisk, 2010).

Sosialtjenesten hadde ansvar for rusbehandling i Norge fram til 1. januar 2004. Da trådte Rusreformen i kraft, og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) ble en del av spesialisthelsetjenesten. Som en konsekvens av denne reformen, fikk ruspasienter rett til nødvendig helsehjelp på linje med andre pasientgrupper, og rettigheten ble definert i pasientrettighetsloven § 2-1. Denne bestemmelsen gir pasienten rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp, dersom pasienten kan ha en forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Erfaringer med kriteriene for rett til behandling, er at eldre pasienter i mindre grad vurderes til å fylle rettighetsprinsippene for behandling, og kommunale tjenester får derfor en relativt større andel av ansvaret for denne pasientgruppen (Helsetilsynets rapport, 3/2007).

De kommunale helse- og sosialtjenestene er sentrale samarbeidspartnere i behandling og oppfølging av ruspasienter, og skal være med å bidra til at pasienter får et helhetlig og sammenhengende tilbud på tvers av tjenestenivåene. Regjeringens politikk for rusfeltet har et overordnet mål om å redusere de negative konsekvensene som rusmiddelbruk har for enkeltpersoner og samfunnet. Ett av hovedmålene i Opptrappingsplanen for rusfeltet (St.prp.nr.1, 2007-2008) er *”bedre kvalitet og økt kompetanse”*, og organiseringen av rusarbeidet i kommunene skal styrkes. Dette stiller nye krav og utfordringer til pleie- og omsorgstjenestene (St.meld. nr 25, 2005-2006), som i liten grad har vært interessert i rusmiddelbruk blant eldre. Fylkesmannen i Hordaland uttalte i april 2009 at kommunene undervurderer behovet for personell i omsorgstjenestene, og viser til at det særlig innen rehabilitering og rusomsorg er lite plantall for videreutdanning av personell med høyskoleutdanning. Den manglende satsingen handler kanskje om at sykdom og rusmiddelbruk blant eldre ikke har vært sett i sammenheng?

Pleie- og omsorgstjenestene møter pasientene både i deres eget hjem og i institusjon. De skal samarbeide både med spesialisthelsetjenesten og andre instanser. Det er viktig å kjenne de ulike systemene og pasientforløpene, kunne noe om arbeidsprosessene og forbedre dem dersom de ikke fungerer som de skal (Øgar og Hovland 2004:124).

Problemstilling, avgrensning og formål

Jeg har jobbet som sykepleier i rusfeltet i over 20 år, og har erfart at pasienter med behov for oppfølging etter behandling har blitt møtt med negative holdninger. Det er blitt sagt at *”rusmiddelavhengighet er selvpåført og at de har seg selv å takke”*, og at en derfor ikke har

hatt krav på hjelp fra kommunale pleie- og omsorgstjenester. Videre hevdes det at gruppen er vanskelig å håndtere og at tjenesten ikke har kompetanse eller ressurser til å prioritere dem. Jeg har jobbet i ”feltet” både før og etter rusreformen. Holdninger og prioriteringer vil forhåpentligvis endres, etter hvert som kommunale tjenester får innsikt i ansvar og oppgaver som følger av Rusreformen. Jeg tror imidlertid kommunene ikke er godt nok forberedt på ”eldrebølgen” av rusmiddelbrukere. Noe av årsaken kan være at helsearbeidere føler seg utrygge i møte med pasientgruppen. Mangel på kunnskap fører til usikkerhet og engstelse, som igjen fører til fremmedgjøring av pasientene. Dette kan uttrykkes i form av uhensiktsmessige holdninger (Helsedirektoratet, IS-1162, 2005:16). For å bedre på dette, mener jeg det er nødvendig å øke kompetansen. Jeg tror at en undersøkelse av erfaring og kunnskapsbehov blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren kan legge grunnlag for kompetanseutvikling og kvalitetsarbeid, slik at tjenesten blir bedre rustet til å møte det økende behovet for kompetanse på rusmiddelbruk blant eldre. På bakgrunn av dette har jeg formulert følgende problemstilling:

Rusmiddelbruk blant eldre som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Om erfaringer og læringsmuligheter blant ansatte i tjenestene.

Temaet i denne studien er knyttet til eldre mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester og deres rusmiddelbruk, med utgangspunkt i erfaring og kunnskap hos utøverne av tjenesten. Målet med studien er å sette fokus på de ansatte sine kompetansebehov og læringsmuligheter relatert til rusfaglige tema. For å få svar på forskningstemaet, har jeg formulert følgende spørsmål:

- Hvilken kunnskap har ansatte i pleie- og omsorgstjenestene om rusmiddelspørsmål?
- Hvilke erfaringer har ansatte på sykehjem og i hjemmesykepleie med rusmiddelbrukende tjenestemottakere?
- Hvilke læringsmuligheter har ansatte i pleie- og omsorgstjenestene?

Kunnskapsstatus om rusmiddelbruk blant eldre

Alkoholkonsumet i Norge er høyere enn noen gang, og cirka 90 prosent av voksne nordmenn bruker alkohol i ulike sammenhenger (Sirus, 2010). Det er forventet at dagens voksne vil ta med seg sin etablerte alkoholkultur inn i alderdommen. I europeisk sammenheng er eldres (>60 år) totalkonsum per år lavere enn yngre voksnes forbruk, men eldre drikker alkohol nesten like ofte som de yngre gruppene. Kvinnens alkoholkonsum øker mer enn menns, men

fortsatt drikker menn gjennomsnittlig mer enn kvinner. Dette gjelder også for de eldste gruppene (Hallgren et. al, 2009). Menn er overrepresentert i forhold til alkoholrelaterte sykehusinnleggelses og dødsfall (Hallgren et. el., 2009).

Litteratursøk etter aktuell norsk dokumentasjon eller forskning relatert til eldres rusmiddelbruk, har gitt sparsomt resultat. Det finnes heller ikke noe litteratur som belyser hvordan det er å arbeide med eldre rusmiddelbrukere i hjemmetjenester eller på sykehjem i Norge. En kunnskapsoppsummering fra Norden konkluderer med at det forventes en økning i rusproblemer blant eldre og at det trengs mer forskning på alkoholbruk, aldring og rusmiddelbrukens betydning for eldres helse (Jyrkämä & Haapamäki, 2008).

Det europeiske overvåkningssenteret for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) (2008) beskriver rusfeltet som forholdsvis nytt, og forskning på dette feltet har i hovedsak vært relatert til unge og middelaldrende voksne. Det samme ser en for behandlingstiltak, som også har vært mest tilrettelagt for yngre mennesker. En ser nå at dette bør tilpasses eldres behov. I denne sammenhengen sier EONN at det må tas hensyn til eldres sammensatte helseproblemer. Med bakgrunn i rapporterte bekymringer, ble det i september 2009 avviklet en ekspertkonferanse om alkoholbruk og helse blant eldre beboere i EU-land. I etterkant av konferansen ble rapporten *"Alcohol consumption among elderly European citizens"* utarbeidet (Hallgren et. al., 2009). Der presenteres tall fra ti EU-land, blant annet Sverige og Finland. Majoriteten av disse landene har hatt økning i alkoholrelaterte dødsfall blant eldre i den siste tiårsperioden. Dette kan forklares med at biologiske og psykologiske endringer og mer bruk av medikamenter gjør eldre mer sårbare for negative helseeffekter av alkohol. Mange land har definert grenseverdier for risikofyllt alkoholkonsum, både for kvinner og menn. Disse er beregnet for voksne generelt, og tar ikke hensyn til aldringsrelaterte forhold. Retningslinjene vil derfor ikke være en like god rettesnor overfor eldre personer, og vanskeliggjør derfor rådgivning overfor eldre. En annen bekymring fra den europeiske konferansen, er mangelfull opplæring av helse- og omsorgspersonell i hvordan de kan identifisere og bistå eldre som viser tegn på risikabel alkoholbruk (Hallgren et. al., 2009).

Innholdet i den europeiske rapporten er ikke nødvendigvis representativt for alle land, men i et intervju med Telemarksavisa 25.9.2009, sa daværende statssekretær i Helse og omsorgsdepartementet, Rigmor Aasrud, at deler av rapportens resultater er overførbare til

Norge, i alle fall det som er aktuelt for Sverige. Hun påpekte den bekymringsfulle utviklingen i forhold til eldre og rusmiddelbruk, og sa det bør settes fokus på dette i tiden framover. Det bør også gi føringer for politiske valg i fremtiden. EU-rapportens forfattere mener det trengs mer forskning for bedre å forstå effektene av alkoholbruk hos eldre, men Aasrud mente det var for tidlig å si om norske myndigheter vil sette i gang egen forskning. Dette signaliserer at norske helsemyndigheter så langt ikke har tatt eldre og rus helt på alvor. Derfor er det nødvendig å vende blikket ut av landet for å søke forskning på temaet.

Internasjonalt finnes det noe aktuell forskning relatert til temaet eldre og rusmiddelbruk. Ahlström (2008) mener det er viktig å se den økende trenden i antall eldre i sammenheng med et økende alkoholkonsum, og at det er nødvendig å få økt kunnskap og forståelse om alkoholbruk og -problemer blant eldre voksne generelt. Først da kan framtidige hjelpetiltak planlegges på en adekvat måte (ibid). Cummings et. al. sin studie fra 2008 bekrefter mye av det som kom fram på EU-konferansen; alkoholbruk gir særlig risiko for økt sykdom og dødelighet blant eldre voksne. Alkoholproblemer i denne gruppen i dag er generelt mindre enn blant yngre grupper, men det forventes en økning etter hvert som "baby-boom"¹ generasjonen blir eldre. Dette er en generasjon som er større enn noen annen tidligere kohort, og er også en gruppe som i større grad enn tidligere generasjoner eksponeres for og er vant med å bruke alkohol og andre rusmidler. Til tross for dette har det vært rettet lite fokus på å utvikle og evaluere effekten av behandlingsprogram for eldre voksne med rusrelaterte lidelser. Etter hvert som antallet eldre øker, vil ansatte i kommunale tjenester i økende grad møte pasienter med slike lidelser. For å kunne møte denne utfordringen, blir det viktig at ansatte i hjelpetjenestene har en dypere forståelse for rusmiddelbruk blant eldre, og har kunnskap om effektive behandlingsstrategier (ibid).

En amerikansk studie har konkludert med at rusmiddelbruk blant eldre er et sammensatt problemområde, og at det kan være en krevende pasientgruppe å forholde seg til (Gurnack, 1997). Epidemiologiske studier har vist at komorbiditet² mellom alkoholbruk og psykiske symptomer er vanlig blant yngre aldersgrupper, men en vet mindre om eventuell komorbiditet blant eldre. Trolig vil det være høy forekomst også i de eldste gruppene

¹ Baby-boom generasjonen betegner personer født i årene 1946-1964

² Komorbiditet betyr samtidig sykkelighet, og betegner tilstedeværelsen av mer enn en diagnose. Det betyr i praksis en misbruks- eller avhengighetsdiagnose i tillegg til en eller flere psykiatriske eller somatiske diagnoser (www.forebygging.no, 2010).

(Ahlström, 2008). Sattar et. al. (2007) har sett på sammenhengen mellom alkoholbruk og atferdsproblemer blant hjemmeboende eldre. De fant at pasienter som har en historie med problematisk alkoholbruk, uavhengig av nåværende bruk og kognitiv status, hadde større grad av atferdsforstyrrelse enn de som ikke har en slik historie. De fant også at pårørende til denne gruppen hadde et signifikant høyere stressnivå.

Langtidsbruk av benzodiazepiner blant eldre er et velkjent problem, men det er lite kunnskap om brukernes psykiske helse. Voyer et. al. fant i sin studie fra 2005, at minst en tredjedel av langtidsbrukere av benzodiazepiner bør slutte å bruke dem. Den studien viser til at sykepleiere spiller en viktig rolle for å sikre at benzodiazepiner blir brukt på rett måte, og kan bistå eldre pasienter med å trappe ned uhensiktsmessig medikamentbruk.

Coogler et al. (2000) sier at alkoholbruk kan skjules av symptomer på annen sykdom. Dette kan føre til negative konsekvenser både på fysiske, sosiale og psykologiske forhold for den eldre populasjonen. Bowman og Gerber (2006) prøver å forklare hvorfor det er mye skjult rusmiddelbruk blant eldre, og sier at det kan være problematisk for helsepersonell å identifisere det, fordi det er en mindre synlig gruppe enn yngre rusmiddelbrukere, dvs. de "bråker" mindre. Derfor er det viktig å ha en proaktiv tilnærming til dette i den eldre populasjonen.

Screeningtester kan være nyttige verktøy for å identifisere rusmiddelbruk, kartlegge behov og planlegge videre behandling overfor eldre. Enkle opplæringsprogram, med fokus på tegn og symptomer på rusmiddelbruk, øker muligheten for at ansatte i lokale hjelpetjenester klarer å identifisere bruken blant eldre. Bowman og Gerber (2006) refererer til noen aktuelle kartleggingsverktøy, og hvordan de kan brukes i møte med eldre i ulike settinger. Relatert til norsk organisering, kan det være i hjemmebaserte tjenester, i dagavdelinger for eldre eller hos fastlege. Berks og McCormick (2008) har gjort en litteraturstudie på kartlegging av alkoholbruk blant eldre i primærhelsetjenesten, og kom fram til tre kartleggings-/screeningverktøy, AUDIT, CAGE og ARPS³, som kan være aktuelle.

³ AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test): Ti spørsmål for å identifisere risikofyllt eller skadelig alkoholkonsum.

CAGE (Cut-Annoyed-Guilty-Eye) Questionnaire: Enkel test (fire spørsmål) for å kartlegge alkoholbruk.

ARPS (Alcohol Related Problems Survey): Test som klassifiserer drikking i tre kategorier: 1: uten risiko for fysisk og eller psykisk skade, 2: med risiko for slik skade eller 3: med risiko for alvorlig skade.

En vet at eldre i liten grad mottar spesialisert rusbehandling, men det er en gruppe som generelt har mye kontakt med lokale helse- og sosialtjenester. I disse tjenestene vil det være mulig å identifisere rusmiddelbruk på et tidlig tidspunkt. Crome og Crome (2005) presenterer en organisasjonsmodell med tverrfaglige behandlingsteam, for å bedre identifisere eldre pasienters rusmiddelbruk. De understreker at de rette personene må velges til denne jobben; som liker eldre mennesker og er trent i å hjelpe dem.

Til tross for manglende norsk forskning på eldre og rusmiddelbruk, peker likevel de presenterte studiene på områder som kan overføres til norske forhold. Jeg mener at eldre rusmiddelbrukere i pleie- og omsorgstjenester kan få hjelp, dersom ansatte blir mer bevisste på problematikken og får opplæring i aktuelle tiltak. Utvikling av kartleggingsverktøy og tilrettelegging av behandling blir viktig. Ansatte i hjemmetjeneste og på sykehjem kan da bedre kartlegge Eldres rusvaner, som videre gir grunnlag for å planlegge og tilpasse tjenester til målgruppen.

Oppbygging av oppgaven

Kunnskapsoppsummeringen viser at innenfor området eldre og rusmiddelbruk, er det begrenset forskning og lite tilrettelagte behandlingstilbud, og det er behov for økt fokus og kompetansehevende tiltak for å rette innsatsen mot bedre tjenester. For å komme nærmere problematikken, er det nødvendig å sette fokus på ansatte i pleie- og omsorgstjenestene. Denne studien prøver å belyse behovet for kompetansehevende tiltak i disse tjenestene.

I kapittel to, presenterer jeg noen teorier relatert til læring og kunnskapsutvikling i organisasjoner, som kan være relevante i studien om rusmiddelbrukende eldre. Jeg trekker fram noen teoretiske begreper som kan kaste lys over forskningsspørsmålene mine, og forsøker å knytte dem opp til utvikling av ruskompetanse i kommunale tjenester.

For å få fram kunnskapsbehov, er det hensiktsmessig å undersøke ansattes kompetanse og erfaringer knyttet til Eldres rusmiddelbruk. En person kan utvikle kunnskap både gjennom teori og erfaring. Hvordan man utvikler ny kunnskap innenfor et fagområde, avhenger av læringsmulighetene både til den enkelte ansatte og i organisasjonen generelt. Levin og Klev (2002) hevder det er en lederoppgave å tilrettelegge for læring i organisasjoner.

Problemstillinger knyttet til eldre og rusmiddelbruk er preget av manglende forskning, og den

forskningen som eksisterer, konkluderer i stor grad at det er et område som må få større fokus. En empirisk studie av ansattes erfaringer i møte med eldre rusmiddelbrukere, vil kunne skissere eventuelle kompetansebehov i kommunesektoren. Denne studien, som belyser erfaringer og læringsmuligheter for sykepleiere i kommunale pleie- og omsorgstjenester, har hatt en kvalitativ tilnærming. Metoden er nærmere beskrevet i kapittel tre.

Empiriske data og analyse av studien blir presentert i kapittel fire.

I kapittel fem blir aktuelle funn drøftet opp mot tidligere rusrelatert forskning, som er presentert i kapittel en, og mot teori, som er presentert i kapittel to.

Konklusjon og forslag til videre forskning presenteres i oppgavens kapittel seks.

Kapittel 2: Teoretiske perspektiver

Kompetanse og læring

Ordet kompetanse er opprinnelig latinsk, *competentia*, og betyr ”å kunne”, ”å være i stand til”, ”å svare til” (www.caplex.no, 2010). Kompetanse defineres som fagkunnskap, især som fullgod utdanning eller tilstrekkelige kvalifikasjoner innenfor et bestemt fag eller område. En faglig kompetent person er skikket eller fullt ut faglig kvalifisert (ibid). Begrepet brukes likevel i flere ulike betydninger. I dagligspråket defineres kompetanse gjerne som evnen til å klare en oppgave eller beherske et yrke i møte med komplekse krav, situasjoner og utfordringer (www.wikipedia.no, 2010). Innenfor helsesektoren blir begrepene kunnskap og kompetanse brukt om hverandre, selv om kompetanse ser ut til å være noe mer enn kunnskap. Teoretisk kunnskap vil ofte ikke være nok når en skal utføre profesjonelle handlinger, fordi teorien må knyttes opp mot erfaring. Orvik (2004:31) mener at kompetansebegrepet knytter fagkunnskap og organisasjon sammen, og bruk av begrepet kompetanse innebærer at en tar på alvor den konteksten personen er i, eksempelvis sykepleieren som utvikler kompetanse gjennom erfaring i en sykehusavdeling. I denne oppgaven er det profesjonell kompetanse innenfor helsesektoren jeg vil fokusere på.

Profesjonell kompetanse kan en tilegne seg både i ulike utdanningsinstitusjoner og på arbeidsplassen, men det vil være forskjellig hva den enkelte lærer. De formelle utdanningene har størst fokus på teoretisk kunnskap, mens arbeidsplassene er mer opptatt av de ferdighetene som er nødvendig for å kunne mestre arbeidsoppgaver i en organisasjon og innenfor en profesjon. Utdanningsinstitusjonene gir kun det teoretiske og eksplisitte rammeverket av generell kunnskap, mens organisasjonene forventer at ansatte skal kunne ta i bruk den teoretiske kunnskapen de har med seg fra utdanningene, samtidig med at de utvikler erfaringskunnskap gjennom å utføre arbeidsoppgaver (Blåka og Filstad, 2007:29).

Rusfeltet er relativt nytt, og allmenn teoretisk kunnskap på området er begrenset. Med bakgrunn i lite forskning, vil spesifikk teoretisk kunnskap om eldre og rus være enda mer begrenset. Pensum relatert til rusproblematikk i de ulike utdanningene innenfor helse- og sosiale tjenester er marginal. I løpet av de siste 20 årene er det etablert noen videreutdanninger innenfor rus og/eller psykisk helse, men eldres rusmiddelvaner har vært lite belyst også her. For å utvikle kunnskap og få kompetanse på feltet, vil det derfor være

nyttig å søke etter erfaringer relatert til målgruppen. Dette er erfaringer som kan videreføres og foredles ved at erfarne medarbeidere jobber sammen med mindre erfarne i organisasjonene. Slik kan kompetansenivået heves. I neste omgang kan det danne grunnlag for forskning og utvikling av ny teori knyttet til eldre og rusmiddelbruk.

Utvikling av faglig kompetanse

I de fleste organisasjoner vil ansatte som får nye oppgaver, nye ansvarsområder og nye roller føle seg usikre og lite kompetente. Pleie- og omsorgssektoren er i stadig endring, og har fått nye utfordringer både gjennom statlige føringer, eksempelvis Opptrappingsplanen for rusfeltet (St.prp.nr.1. 2007-2008) og den kommende Samhandlingsreformen og gjennom økte krav og behov fra brukerne, eksempelvis Pasientrettighetsloven (Lov 1999-07-02 nr 63). Av den grunn må sektoren være innovativ og villig til å omstille seg. Dette er faktorer som øker behovet for læring og kompetanse. Rusmiddelbruk blant eldre har tidligere vært lite fokusert. Det kan være utfordrende å møte pasientgruppen (Gurnack et. al., 1997), og rusmiddelbruk kan lett skjules av andre symptomer (Coogole et. al., 2000). Økt kunnskap kan være en måte å tilnærme seg slike utfordringer.

Benner (1984) tok utgangspunkt i en modell utviklet av Dreyfus og Dreyfus (1986)⁴, og utviklet teorier om hvordan sykepleiere blir dyktige fagpersoner. Hun forklarer en yrkesutøveres kunnskapsutvikling gjennom fem stadier, fra novise til ekspert. For at sykepleiere skal kunne utvikle seg og bli kompetente innenfor faget sitt, la Benner til grunn at teoretisk kunnskap må være innbakt i den praktiske virkeligheten. Det er den kliniske situasjonen som legger grunnlaget for å utvikle sykepleiefaglig kompetanse. Modellen beskriver fem erfaringsnivå: novise, avansert nybegynner, kompetent utøver, kyndig utøver og ekspert.

Novisen er ny på sitt felt og lærer ved å pugge prosedyrer og følge regler, og klarer i liten grad å se oppgaver og løsninger i en sammenheng. Den *avanserte nybegynneren* lærer av erfaring og begynner å reflektere over egne handlinger. Den *kompetente utøveren* er i stand til å planlegge og velge ut sine handlinger, lære seg organiserende prinsipper, tolke situasjoner og skille mellom viktige og mindre viktige oppgaver. Den *kyndige utøveren* er kommet enda

⁴ Selv om Benner (1984) sin publikasjon er datert før Dreyfus og Dreyfus (1986), er den likevel utviklet fra denne (www.doceo.co.uk/background/expertise.htm#DREYFUS).

lengre, og vil med bakgrunn i erfaringen være i stand til å håndtere sammensatte situasjoner ved intuitiv problemløsning. En *ekspert* vil kunne oppfatte helheter umiddelbart, og har ikke lenger behov for å splitte situasjoner opp i enkelte hendelser. Det paradoksale er, at en ekspert vil ikke nødvendigvis oppfatte seg selv som problemløser eller beslutningstaker, men gjør likevel det som fungerer i ulike situasjoner (ibid).

Dreyfus og Dreyfus (1986) hevder at en slik personlig utvikling skjer via en intern drivkraft i retning av å bevege seg trinn for trinn oppover i en erfaringstrapp. Glosvik (2009) henviser til Dreyfus og Dreyfus når han sier at en ekspert blir "sannheten" for andre medarbeidere og er den som har det rette svaret. Med bakgrunn i den store erfaringsbasen, vil en ekspert kunne håndtere flere situasjoner enn det finnes ord for innenfor sitt fagområde. Å bli en ekspert i sykepleie etter modellen til Dreyfus og Dreyfus er utfordrende. Det begrunner jeg med at helsefaglig kompetanse utvikles i møte mellom mennesker. Tjenesteutøvelse i helsesektoren må ta høyde for at omsorg er en sosial relasjon som ikke kan forhåndsbestemmes (NSF, 2009). Den enkelte pasient er et unikt menneske og hvert møte vil derfor også være unikt. Dette mener jeg er forskjellig fra Dreyfus og Dreyfus sitt utgangspunkt, piloten som håndterer flymaskinen eller sjakkspilleren med brett og brikker, som begge kan ses på som mer forutsigbare situasjoner. Dette belyser og at et møte med eldre rusmiddelbrukere alltid vil være et møte med nye utfordringer, som ansatte ut fra hvor de er i erfaringstrappen, vil kunne håndtere på ulike måter.

Tiden den enkelte bruker på de fem erfaringstrinnene, påvirkes av oppgaver, handlinger og erfaringer en får i den organisasjonen eller arbeidsfeltet en er i. Det er heller ikke slik at alle nødvendigvis vil klatre til topps i erfaringstrappen. Tilrettelagte læringsprosesser vil kunne påvirke situasjonsforståelser som den enkelte ansatte møter. En novise vil trenge mye støtte. Jo høyere trinn en er på, i større grad vil en kunne se seg selv i en sammenheng og forstå egen utøvelse. Glosvik (2009) hevder at en organisasjon må bestå av mer enn noviser om den skal fungere. Noen kyndige må være der for at en skal kunne stille spørsmål om det rette er gjort, og plassere hendelser inn i en større sammenheng. Den kyndige og eksperten vil i kraft av sin kompetanse være rollemodeller for andre i organisasjonen (Blåka og Filstad, 2007:117). Spennet mellom novisen og den kyndige/eksperten kan utnyttes ved at novisen får oppgaver som gir henne anledning til å se/reflektere over handlingene til en reflekterende kollega. Da vil novisen klatre raskere oppover i erfaringstrappen (Glosvik, 2009).

Sykepleiere som har erfaring med rusmiddelbrukende pasienter, vil i kraft av sitt kompetansenivå og sin rolle, kunne tilføre kompetanse til kolleger med mindre erfaring på området. Slik jeg forstår utvikling av kompetanse, vil også personer som er kompetente på noen områder, men har lite erfaring med ruspasienter, raskere kunne tilegne seg ruskompetanse, enn en som er generelt uerfaren. Når en har fått erfaring og er blitt kompetent på noen fagområder, vil en være bedre rustet til å se nye problemstillinger i lys av tidligere erfaringer. Samtidig kan en person også være i fare for å stivne i sine egne etablerte handlinger. Det kan skje dersom en ikke analyserer det som er blitt gjort. Da vil en få problemer med å endre vaner (Schön, 1983, Dreyfus & Dreyfus, 1986).

Kunnskap og handling individuelt og i organisasjoner

Kunnskap

Kunnskap har tradisjonelt blitt regnet som noe som kan forstås gjennom språk, begreper, teorier og modeller. I pedagogisk ordbok defineres kunnskap som *"Den mengde informasjon og viten en person, gruppe eller institusjon rår over"*, (Bø og Helle, 2002:138). Slik jeg forstår denne definisjonen, vil kunnskap være noe flere mennesker har, men den vil ikke nødvendigvis være lik for alle. Organisasjonskunnskap vil derimot være noe menneskene i en spesifikk organisasjon har felles, og den kunnskapen vil kunne spres gjennom handlingene til medlemmene i den spesifikke organisasjonen.

Den engelske filosofen Gilbert Ryle skilte mellom teoretisk og praktisk kunnskap, og introduserte i 1949 begrepet praksiskunnskap. Han utviklet begrepene: *å vite at* (knowing that) og *å vite hvordan* (knowing how). *Å vite at* handler om teoretisk eller eksplisitt kunnskap, mens *å vite hvordan* handler om praksiskunnskap, som kan være taus/skjult/intuitiv kunnskap. Den grunnleggende ideen her, er at mennesket er i stand til å gjøre sin kunnskap tilgjengelig for andre gjennom de handlinger det kan utføre. Kunnskapen bak disse handlingene er det en kaller praksiskunnskap (Levin og Klev, 2002:92).

Nonaka (1994) skiller mellom kunnskap og informasjon. Informasjon er bare en flom av meldinger, mens kunnskap er skapt og organisert gjennom mengden av informasjon som blir forankret i en slags opplevd forpliktelse hos mottakeren. Dette belyser at kunnskap er relatert til menneskelig handling, men også at informasjon er nødvendig for å kunne initialisere og formalisere kunnskap. Kunnskap er noe relativt, sosialt og dynamisk, som vil være i stadig

endring i ulike fellesskap av mennesker (Nonaka, 1994). Nonaka (1994) viser til Michael Polanyi (1966), og beskriver to typer kunnskap, den tause (*tacit knowledge*) og den uttrykte (*explicit knowledge*) kunnskapen.

Eksplisitt eller kodet kunnskap kan oversettes til et formelt, systematisk språk, og er kunnskap som det er lett å gi uttrykk for. Den kan noteres, kodes, kommuniseres og forklares til alle som har forståelse for det området eller temaet det er snakk om. Eksplisitt kunnskap trenger ikke være dypt forankret, internalisert eller lagret hos de som bruker den (Nonaka og Takeuchi, 1995). Eksempler på slik kunnskap er bøker, manualer, bruksanvisninger, produktdesign og prosedyrebøker.

Mens eksplisitt kunnskap kan beskrives og uttrykkes, er det vanskelig å uttrykke taus eller skjult kunnskap. Den tause kunnskapen har en personlig kvalitet, som gjør at den blir vanskelig å formalisere og kommunisere ut. I dette ligger det at mennesket har mer kunnskap enn det som kan forklares med ord. Dette beskrives gjerne som intuisjon, sosial intelligens eller magefølelse (Levin og Klev, 2002), og er en personlig og kontekstspesifikk kunnskap som oftest er dypt forankret i individuelle erfaringer, ideer, verdier og emosjoner. Taus kunnskap er vanskelig å overføre til andre, og ofte ikke mulig å uttrykke i det formelle språket (Blåka og Filstad, 2007). Strømfors (2004) sier at kontaktetablering med hjelpetrengende rusmiddelavhengige er noe man lærer ved å arbeide sammen med erfarne kolleger gjennom praksis, ved at erfaringskunnskap blir fanget opp av de mindre erfarne.

Personer som søker etter økt kompetanse på rusproblematikk, lurer ofte på hvordan man kan vite om noen er ruspåvirket. Det kan være vanskelig å sette ord på hvordan man vurderer slike situasjoner, fordi det ofte er fornemmelsen eller magefølelsen i møte med pasienten, som signaliserer om personen er påvirket. Gjennom egen erfaring vet jeg hvordan jeg selv vurderer det, men det er vanskelig å forklare konkret hva magefølelsen min går ut på. Dette opplever jeg er den tause kunnskapen som er vanskelig å forklare med ord. Når taus kunnskap er integrert hos en person på denne måten, er en i stand til å gjenkjenne et mønster i en situasjon. Da er en kyndig eller kompetent på dette området, jfr. Dreyfus & Dreyfus (1986) og Benner (1984).

Læring, utvikling og spredning av kunnskap

Tidligere ble erfaringskunnskap/den tause kunnskapen ikke vektlagt i særlig grad. "Læring"

og ”organisasjon” ble sett på hver for seg. Å lære var da å tilegne seg ny kunnskap gjennom utdanning eller kurs, og organisasjonene var mer opptatt av at ansatte skulle utføre fagkunnskapen de hadde med seg inn dit. I dag ser en dette mer i sammenheng. Levin og Klev (2002) sier at læring er nært knyttet til organisasjonsutvikling, som handler om å forstå læringsprosesser og skape utvikling gjennom å forme dem. Et lærende individ er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for en lærende organisasjon. Det er individene som utfører oppgavene i en organisasjon, men samtidig vil ikke individuell læring være en garanti for at det skjer læring innad i organisasjonen. De mener at individuell kunnskap vil best utnyttes i samspill med andre.

”Den viktigste forskjellen mellom organisasjonslæring og individuell læring, er at organisasjonslæring er en endring i den delte forståelsen, og skjer i relasjoner, samspill og atferd mellom individer, grupper og større enheter”, (Levin og Klev, 2002:99).

Argyris og Schön (1996) og Senge (1998) utviklet teorier om organisasjoner som læringsarenaer. De mener at læring og kunnskap er noe som må ses på i sammenheng, og som blir delt og utviklet blant ansatte i organisasjonene. Nonaka og Takeuchi (1995) utviklet en alternativ teori om lærende organisasjoner, og brukte begrepet kunnskapsutvikling om læring. De oppfatter kunnskap som noe relativt, sosialt og dynamisk, som alltid vil være i endring i ulike menneskelige fellesskap. Nonaka og Takeuchi la derfor vekt på at utvikling og spredning av kunnskap ikke skjer individuelt, men foregår hovedsakelig mellom mennesker (Glosvik, 2009). Jeg vil her redegjøre for Nonaka og Takeuchi sine teorier om hvordan kunnskap kan utvikles, tas i bruk og spres i organisasjoner.

Nonaka og Takeuchi (1995) bygger videre på Nonaka (1994) når de ser på kunnskapsutvikling som dynamiske og kontinuerlige prosesser. De ser på skillet mellom taus og eksplisitt kunnskap, og mener overgangen mellom dem skaper fire grunnleggende prosesser for utvikling og spredning av kunnskap: sosialisering, kombineringsprosesser, eksternalisering og internalisering (figur 1).

	Taus kunnskap	Fra/til	Eksplisitt kunnskap
Taus kunnskap	Sosialisering		Eksternalisering
Fra/til			
Eksplisitt kunnskap	Internalisering		Kombinering

Figur1: SEKI-modellen (Nonaka og Takeuchi, 1995).

Nonaka og Takeuchi (1995) knytter begrepet *sosialisering* til deling av taus kunnskap. Det er kunnskap en får ved å høre til en bestemt sosiokulturell kontekst som samhandler innbyrdes. Eksempelvis at en ansatt introduseres til et arbeidsfelleskap der vedkommende kan lære av en erfaren kollega, ved å se hvordan oppgaven utføres. På den måten kan en overta andres uformelle kunnskap gjennom observasjon, imitasjon og praksis. Kunnskapsoverføringen kan skje uten at det benyttes et muntlig språk. I helsesektoren kan kunnskap deles ved at to eller flere personer utfører pleieoppgaver i lag og utveksler erfaringer om hvordan oppgavene utføres.

Eksternalisering skjer når taus kunnskap blir til eksplisitt kunnskap. Da blir den tause kunnskapen uttrykt konkret (Nonaka, 1994:19), ved at den blir formulert gjennom ord, muntlig eller skriftlig. Kunnskapen kan utvikles gjennom ulike formelle systemer, og kan omformes til rutiner. I rusfeltet har en de siste årene vært opptatt av å dokumentere at behandlingstilnærmingene er kunnskapsbaserte, og det har vært mye fokus på kvalitetssikring. Derfor har en laget programmer og manualer for å forklare hvordan oppgaver skal utføres. Det forstår jeg som eksternalisering av kunnskap. Den optimale måten å gjøre det på, er å la ansatte med erfaring og mye praktisk kunnskap få utvikle systemene. Ikke all kunnskap kan uttrykkes med ord, men ved å gjøre den tause kunnskapen eksplisitt, vil det også være en viktig læringsprosess for den som gjør det (Glosvik, 2008).

”Noen hevder at en ikke vet hva en kan, før en har forsøkt å formidle det til andre”
(Levin og Klev, 2002:95).

En *kombinert* utviklingsprosess skjer når eksplisitt kunnskap knyttes til annen eksplisitt kunnskap. En skaper da ny kunnskap gjennom sosiale prosesser, men uten at en går veien om den tause erfaringen (Nonaka, 1994:19). Det handler om at en knytter etablert kunnskap

sammen med ny kunnskap, og slik videreutvikler kunnskapen fra begge områdene. Når en ser sammenhenger og trekker ny kunnskap ut av det, har en fått til en kombinert prosess. I pleie- og omsorg kan det være ansatte som håndterer eldre rusmiddelbrukere ut fra det en der mener det er viktig å fokusere på, men som også søker etter ny kunnskap fra tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB). Når disse to tjenesteleddene kobler erfaringene sammen, vil en kunne utvikle ny kunnskap som både tar hensyn til eldre, og til det spesielle ved rusproblematikk. Nonaka og Takeuchi (1995) sier at det er å sette sammen eksisterende kunnskapselement til nye.

Internalisering er den siste fasen i kunnskapsutviklingsprosessen. Der omformes eksplisitt kunnskap til taus kunnskap. Det skjer når den enkelte gjør eksplisitt kunnskap til sin egen og klarer å frigjøre seg fra rutiner (Nonaka og Takeuchi, 1995). Det er kunnskap som er blitt en del av den sosiokulturelle konteksten, og en vet ikke lenger hvorfor en vet. I helsesektoren kan en sykepleier få kjennskap til en ny prosedyre. Hun får gjerne opplæring i prosedyren gjennom kurs eller manualer. Etter hvert som sykepleieren har fått praktisert prosedyren, vil den integreres, og hun kan gjennomføre den uten å tenke over hva som er skrevet ned. Da er kunnskapen internalisert (ibid).

Nonaka og Takeuchi (1995) er opptatt av å utnytte den tause kunnskapen i praksis, ved å overføre det eksplisitte til praktiske, effektive og riktige handlinger. Da tilegner en seg kunnskapen på et dypere plan, en jobber seg oppover erfaringsnivåene og kunnskapen blir mer og mer integrert i den enkelte, jfr. Dreyfus og Dreyfus (1986) og Benner (1984). Nonaka og Takeuchi (1995) mener at de fire kunnskapsprosessene skapes når taus og eksplisitt kunnskap påvirker hverandre. Å lære noe nytt, handler både om at det er en intellektuell tilnærming, men like mye vil læringen være avhengig av at det finner sted et samspill mellom eksperimentering og refleksjon. Sosialisering og eksternalisering er de mest dominerende kunnskapsprosessene, ved at menneskene ”dytter” kunnskap på hverandre (Glosvik, 2009). Blåka og Filstad (2007:80-81) sier at kunnskapsutvikling da vil kunne skje både på individ-, gruppe- og organisasjonsnivå. Selv om kunnskap kan skapes i hver av prosessene, er det den dynamiske interaksjonen mellom dem som blir sentral ved kunnskapsutvikling i organisasjoner. Slik jeg forstår dette, handler kunnskapsutvikling både om erfaring og ”boklig” lærdom, og at en vil få en dypere forståelse for det en har lært, etter hvert som en gjennom samhandling beveger seg i en positiv retning i en kunnskapsspiral; ”*the Spiral of*

Organizational Knowledge Creation” (Nonaka, 1994:20).

Læring gjennom refleksjon

For å fremme læring, er det ikke nok å bare reflektere over erfaringene man gjør seg, man må også endre atferd. Argyris og Schön (1996) introduserte begrepet handlingsteori for å forklare atferd. De skilte mellom to typer handlingsteorier, *bruksteori* (theory in use) og *uttrykt teori* (theory espoused). Yrkes- og profesjonsutøvere kan uttrykke at de handler eller ønsker å handle på bestemte måter i yrket sitt (uttrykte teorier), mens de faktisk viser gjennom handling noe annet (bruksteori). Det en yrkesutøver mener han gjør, er preget av hans teoretiske normer og idealer, mens det han faktisk gjør, er til dels preget av hans intuitive og ikke-verbaliserte framgangsmåte, utviklet i nær kontakt med praksisfeltet. Bruksteorien kan og være preget av at det har utviklet seg en uhensiktsmessig vane som personen eller organisasjonen ikke stiller kritiske spørsmål til selv. Bruksteoriene er de internaliserte holdningene som er blitt skapt over tid gjennom sosialiseringprosesser i de ulike fellesskapene som en organisasjon består av (ibid).

Bruksteori kan vanskelig uttrykkes med ord, enten fordi handlingen ikke lar seg beskrive, eller fordi den ikke kan eller blir diskutert i organisasjonen (Argyris og Schön, 1996). Det kan derfor være forskjell på det en person mener at han gjør, og det han faktisk gjør (ibid). Om en person blir spurt hvorfor han gjør som han gjør, vil en få til svar det som er personens uttrykte teori. Hvis man derimot observerer den samme personens handlinger, vil en oppdage at bruksteorien ikke nødvendigvis stemmer overens med den uttrykte teorien. Hos en nyutdannet helsearbeider, vil det være kort avstand mellom uttrykt teori og bruksteori, fordi vedkommende ikke har gjort seg noen erfaringer som påvirker handlingen. For en erfaren helsearbeider som ikke har hatt anledning til, eller vært bevisst på å drøfte og reflektere over egne og andres erfaringer, kan avstanden mellom uttrykt teori og bruksteori være større. Personens handlinger er ikke blitt speilet mot den uttrykte teorien i kollegafellesskapet, og vedkommende har derfor ikke justert sine egne handlinger i tråd med god praksis. For å kunne si noe om læring, må en fokusere på samsvaret mellom det en faktisk gjør og det en sier at en gjør. Ideelt sett bør det være mest mulig likhet mellom de to handlingsteoriene (Argyris og Schön, 1996).

Handlingsteori i organisasjoner

Argyris (1992, i Illeris 2000:247) mener at det er to betingelser som må være til stede for å få

til læring i organisasjoner. For det første skjer det læring når en organisasjon oppnår målsettingen den har satt, altså at en gjennomfører det som er planlagt. Den andre betingelsen, er at en klarer å identifisere en eventuell avstand mellom det som blir gjort og organisasjonens intensjoner/mål, og at denne avstanden blir forsøkt ”krympet” ved å endre tilnæringsmåte.

”Det er individene i organisasjonene som skaper læring, men organisasjonen kan skape betingelser som i stor grad kan influere på hva individene i organisasjonen formulerer som et problem, som de skisserer løsninger på og foretar seg av handlinger som kan løse problemet”, (ibid:247).

Enhver samtale eller meningsutveksling om faglige spørsmål, er ikke nødvendigvis faglig refleksjon. For å skape refleksjon, må man oppnå en dypere forståelse av noe som en selv har opplevd. Det kan en få til gjennom en engasjert og fokusert samtale mellom kolleger, slik at det oppstår en bevegelse fram og tilbake mellom en konkret hendelse i praksis, til refleksjon over denne hendelsen, og så tilbake til en bevisst handling. Det å etterpå reflektere over hendelser og situasjoner en selv har erfart, er ”*reflection-on-reflection-in-action*” (Schön 1983 i Strømfors 2004). For at refleksjon skal komme i gang, må det tas utgangspunkt i en konkret hendelse, situasjon eller samtale. Om det er mulig å få i gang en refleksjonsprosess, vil avhenge både av den som legger fram en hendelse og saken det blir fokusert på, samt av forhold ved institusjonen, altså de ytre rammene. Strømfors (2004) har erfart at noen fagpersoner er bedre til å reflektere enn andre. Det handler blant annet om den enkeltes evne til å være åpen om eget arbeid, til å tåle usikkerhet og til å kunne leve med uløste problemstillinger.

I motsetning til læring gjennom refleksjon, kan individer bringe inn fordommer og begrensninger i en læringssituasjon, som kan være relativt uavhengig av organisasjonens krav. Et eksempel kan være helsearbeideren som mener rusmiddelavhengige ikke har krav på hjelp, fordi problemet er selvpåført. En slik holdning kan skape uheldige konsekvenser, ved at pasienter ikke får den hjelpen de har krav på. Om slike situasjoner blir oppdaget, og de rettes opp, eksempelvis ved at andre ansatte overtar pasientene, uten at en går inn og stiller spørsmål ved hvorfor, er det enkeltkretslæring. Enkeltkretslæring finner sted når handlinger korrigeres bare ved å rette feilen (Argyris og Schön, 1996). Det er en type læring hvor vi tror på den uttrykte teorien. En slik måte å håndtere problemstillinger på, vil bare i liten grad utfordre holdningene våre. Det vil derimot skje ved dobbeltkretslæring, som finner sted når en feil korrigeres først etter at en har undersøkt og endret den underliggende årsaken, og så

endrer handlingen. Bruksteorien blir da belyst og gransket (ibid). En spør ikke bare om målet, men om målet er godt i forhold til det definerte problemet. Dobbeltkretslæring er en type læring der tenkningen omkring en handling blir utfordret. Da vil det bli stilt spørsmål om, og reflektert over, årsaken til helsearbeiderens negative holdninger til pasientene. Svaret kan være at vedkommende trenger mer kunnskap om rusmiddelavhengighet, for å bedre forstå sammenhenger og viktigheten av å utføre vurderte tiltak. Mer kunnskap kan gi indre trygghet og bedre motivasjon til å hjelpe pasienter med slik problematikk.

Arenaer for læring

For å skape delt læring mellom ansatte i en organisasjon, sier Levin og Klev (2002:104) at det må finnes møteplasser hvor sosial utveksling kan skje. Innenfor helse- og sosialsektoren er det vanlig at ansatte møtes og utveksler informasjon om pasientene, eksempelvis i rapporter eller på overlappingsmøter⁵. På de fleste arbeidsplasser har en også ulike samlinger av mer uformelle arbeidsfellesskap, som lunsjpause, avdelingstreff, ”røykekrok”, trimgruppe og lignende. I hvilken grad disse møtene er arenaer for læring, avhenger av om det er lagt til rette for dialog, trening og tilgang til kunnskapsbaser. ”Arenabegrepet beskriver en sosial situasjon som bidrar til læring” (Elden og Levin, 1991 i Levin og Klev, 2002:105).

Wenger (1998) bruker begrepet praksisfellesskap om arena for læring og kunnskapsutvikling i organisasjoner. Han ser på læring som en sosial aktivitet, og hevder at mennesker ikke lærer i en isolert setting. Derfor har praksisfellesskap stor betydning for læring og kunnskapsutvikling i organisasjoner. Et individs læring må settes i sammenheng med de erfaringene en tilegner seg gjennom deltakelse i verden. ”*We cannot become humans by ourselves*”, (Wenger, 1998:146). Praksisfellesskap er grupper av mennesker som lærer av hverandre, og som tilegner seg kompetanse innenfor de praksisfellesskap de deltar i. Wenger mener det er fire faktorer som er av betydning for læring:

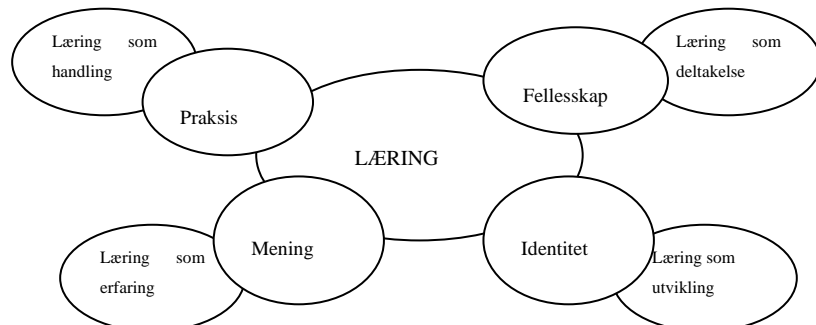
1. At mennesket er et sosialt vesen.
2. At en må ha kompetanse innenfor en aktivitet som blir oppfattet å være verdifull, der det er noen utenfor en selv som har definert hva som er viktig ved denne kunnskapen.
3. For å lære, må en delta, søke mot eller på andre måter bli en del av en aktivitet.

⁵ En rapport foregår i tidsrommet mellom to vakter på en institusjon, eks. mellom dag og aften, og er et møte der ansatte formidler relevante opplysninger om pasientene til hverandre. Overlapping er en annen benevnelse på dette møtet.

4. En må ha evne til å oppfatte denne deltakelsen som meningsfull. Jo større mening læringen gir den enkelte, jo lettere blir det å lære.

Med bakgrunn i disse fire faktorene, blir den sosiale deltakelsen en forutsetning for læring. De fire elementene er knyttet sammen og er gjensidig avhengig av hverandre. Gjennom deltakelse blir personen en aktiv del av og får en identitet i ulike sosiale praksisfellesskaper. Slik blir det å delta i en gruppe, eksempelvis på en arbeidsplass eller i et idrettslag, både en form for handling og en form for tilhørighet. En slik type deltakelse former ikke bare hva vi gjør, men også hvem vi er og hvordan vi fortolker det vi gjør (Wenger 1998).

Wenger sin forståelse av praksisfellesskap bygger på en sosial teori om læring. Han mener at lærings- og erkjennelsesprosesser basert på sosial deltakelse, krever at de fire komponentene *mening*, *praksis*, *fellesskap* og *identitet* er integrert i prosessen. Disse elementene er innbyrdes forbundet med hverandre og vil gjensidig kunne definere hverandre (figur 2). Denne modellen vil ha samme mening om en bytter ut en av de fire nevnte komponentene, dvs. om en erstatter læring, som i denne figuren er plassert i midten, med en av de andrekomponentene (Wenger, 1998:5).



Figur 2: Komponenter i en sosial teori om læring (Wenger, 1998).

For at *læring* skal være *meningsskapende*, må de erfaringene vi får, gi eller skape mening, individuelt eller kollektivt (Wenger, 1998). Blåka og Filstad (2007) forklarer det med at mening blir da knyttet sammen i et sosialt fellesskap, og blir en prosess som formes av den livserfaringen en får gjennom de handlinger og interaksjoner en har deltatt i. Deltakelsen blir da både en personlig og en sosial prosess gjennom medlemmene sin atferd, gjennom samtaler, tanker og følelser de har hatt, og gjennom tilhørighet til hverandre (ibid).

Læring som praksis handler om de felles historiske og sosiale ressurser, rammer og

perspektiver som kan opprettholde et gjensidig engasjement i felles handlinger (Wenger, 1998). Det som er praksisfellesskapets historie blir også den enkeltes historie. Deltakere i en organisasjon vil definere hvem en er, og blir et resultat av hvordan medlemmene erfarer seg selv gjennom deltakelse. Slik vil personer formes både av seg selv og av andre. Den enkelte går inn i og tar på seg en rolle som forankres i en felles historie (Blåka og Filstad, 2007).

Læring som fellesskap er den sosiale sammenstillingen som definerer at våre aktiviteter er verdt å forfølge, og som godkjenner og aksepterer deltakelsen vår som kompetanse (Wenger, 1998). Medlemmene i et fellesskap vil ha en ens forståelse for hvordan en løser problemer, og denne forståelsen vil utvikles ved at en har konstruktive dialoger med hverandre. Gruppen vil etter hvert utvikle sitt eget perspektiv på hva de gjør, og vil få en felles definisjon på hva som er nødvendig kunnskap i en gitt situasjon. En felles involvering vil muliggjøre overlapping av kompetanse innad i gruppen (Blåka og Filstad, 2007).

Læring som identitet handler om hvordan læring gradvis forandrer oss og skaper personlige modningshistorier innenfor de fellesskapene vi tilhører (Wenger, 1998). Gjennom utveksling av synspunkter, vil holdninger og handlinger endre identiteten. Det skjer fordi en ser ting mer i sammenheng, og en blir i stand til å forme en helhet som vil påvirke handlingen. Deltakerne i en organisasjon vil definere hvem de er, på bakgrunn av hvordan personen erfarer seg selv gjennom deltakelse. Slik vil en formes både av seg selv og av andre (Blåka og Filstad, 2007).

Etter denne modellen, er ikke læring en separat aktivitet, men noe som skjer i ulike fellesskap. Praksisfellesskap finnes overalt, og i følge Wenger (1998) er de fleste av dem uformelle. Noen fellesskap vil være mindre synlige enn andre. Noen vil en være godt integrert i og deltakelsen vil oppleves som betydningsfull, mens andre fellesskap kan en være mer perifere deltakere i. I en organisasjon vil det trolig være flere praksisfellesskap, og ulike fellesskap vil fungere i mer eller mindre grad i de ulike organisasjonene (Wenger, 1998). Eksempler på praksisfellesskap i helsesektoren er avdelingsmøter, veiledningsgrupper, sykepleiermøter, rapporter, nettverksmøter og lunsjmøter, som alle kan være arenaer for læring. Wenger (ibid) sier videre at om det faktisk skjer læring på disse arenaene, vil avhenge av om det er lagt til rette for dialog, for trening og for tilgang til kunnskapsbaser. Fordi praksisfellesskap hovedsakelig er uformelle grupperinger, er det viktig å utvikle en organisasjonsstruktur og -kultur som er åpen, nysgjerrig og trygg, og som tillater uformelle

grupperinger. Formelle (organisatoriske) lærings- og opplæringsystem kan i beste fall støtte de læringsprosessene som skjer i praksisfellesskapene (Glosvik, 2009). Å skape arenaer for praksisfellesskap, handler om å etablere muligheter for dialog mellom samarbeidende eller potensielt samarbeidende aktører. Da kan det utvikles nye forståelsesrammer, som kan bidra til å endre samspillet i organisasjonene. Levin og Klev (2002) hevder at bevisst utforming av arenaer for læring er et viktig handlingsrom i ledelse av endringsarbeid.

Kunnskapsgrunnlaget i rusfeltet

I rusfeltet ble begrepet "*kunnskapsbasert*" lansert omtrent samtidig med Rusreformen i 2004, og det ble stilt spørsmål om hvilket kunnskapsområde eller vitenskapsfelt den tverrfaglig spesialiserte rusbehandlingen (TSB) tilhørte. Undervisningssjef Arne Klyve, Stiftelsen Bergensklinikkene, har lang erfaring fra rusfeltet, og hevder at kunnskapsgrunnlaget må bygge på fagkunnskap, brukerkunnskap, evidens, intuisjon og praktisk klokskap (Klyve, 2006). Han mener det er viktig at rusfeltets kunnskap videreføres gjennom refleksjon og erfaringsutveksling. I mange organisasjoner i rusfeltet har formell utdanning tidligere vært lite vektlagt (Helsetilsynet, 3/2007), og erfaringskunnskap har i stor grad dominert fagfeltet. Ved mange tjenestesteder jobber det ansatte med lang erfaring og mye realkompetanse på rus, men med mindre formell kompetanse (Strømfors, 2004). Det kan skyldes at den praktiske kunnskapen ikke har vært særlig etterspurt utenfor rusorganisasjonene, og derfor i liten grad er blitt formalisert. Slik er kompetansen blitt holdt isolert blant medarbeidere internt i organisasjonene. Jeg mener derfor det er viktig å gripe fatt i, reflektere over og eksternalisere den erfaringsbaserte kunnskapen, slik at andre som er i behov av kunnskapsutvikling og kompetanseheving på rusmiddelspørsmål, får tilgang til den etablerte kompetansen. Rusmildeletaten i Oslo antok at det fantes omfattende erfaringskunnskap i rusfeltet som i liten grad var formulert, og utviklet gjennom prosjektet Taus Kunnskap (2002-2003) et tema- og metodehefte, med mål om å styrke kvaliteten på de tjenestene som tilbys personer med rusproblemer. Prosjektets målsetting var å synliggjøre den tause/skjulte kunnskapen som erfarne ansatte besitter, og spre den til andre. Det ble vektlagt at profesjonelt hjelpearbeid med rusmiddelavhengige bygger på kunnskap både av teoretisk og praktisk karakter (Strømfors, 2004:3). Prosjektet var forankret i Polanyi (1966) sitt syn på taus kunnskap og Schön (1983) sin teori om den reflekterende praktiker (Strømfors, 2004).

Slik jeg forstår Klyve og Strømfors, er de opptatt av at tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB), ikke blir utviklet i en retning som kun anerkjenner formalisert

kunnskap. De peker på viktigheten av at erfaringskunnskapen i rusfeltet blir eksternalisert. For at andre tjenesteområder, eksempelvis kommunal sektor/pleie- og omsorgstjenester skal dra nytte av kunnskapen, må det etableres arenaer for kunnskapsutveksling. Dette kan muliggjøres gjennom kombinerte utviklingsprosesser (Nonaka og Takeuchi, 1995) på tvers av tjenestenivåene, der erfaringskunnskap både fra pleie- og omsorgssektoren og fra rusfeltet blir presentert og reflektert gjennom tilrettelagt veiledning og erfaringsutveksling over tid.

”Veiledning er vanligvis en læreprosess som går over lang tid, over måneder og år. Virksomheten er forutsigbar og strukturert og kan drives individuelt eller i gruppe”, (Strømfors, 2004).

Oppsummering av teori

I dette kapitlet har jeg belyst teoretiske perspektiver på hva erfaring, kunnskap og kompetanse er. Jeg har videre sett på hva som skal til for at organisasjoner skal kunne tilegne seg ny kunnskap. Alt dette er generelle teorier om læring i organisasjoner. Å ha tilrettelagte arenaer for kunnskapsutvikling er en viktig faktor for å kunne eksternalisere og dokumentere taus kunnskap. For å øke kunnskap om eldre og rusmiddelbruk, er det nødvendig å tilrettelegge for kompetanseutvikling. Nettverksarbeid på tvers av tjenestenivåer kan skape dynamiske kunnskapsutviklingsprosesser relatert til eldre og rusmiddelbruk.

Kapittel 3: Metodisk tilnærming

Empiri er opplysninger eller informasjon om faktiske forhold i samfunnet. Informasjonen bygger på våre erfaringer om disse samfunnsforholdene, og er basert på sanseerfaringer. Vitenskapelige studier kjennetegnes ved at empirien blir behandlet på en systematisk måte (Grønmo 2004: 33). De empiriske opplysningene utgjør empiriske data. Data er informasjon som er bearbeidet, systematisert og registrert i en bestemt form og med sikte på bestemte analyser. Det skilles mellom kvalitative data som uttrykkes i form av tekst eller bilder, og kvantitative data som framstår som tall eller mengdetermer (Thagaard, 2002:12). I kvalitative studier vil forskeren etablere direkte kontakt med det som studeres, og relasjoner som utvikles mellom forskeren og informanten er viktig for det materialet forskeren får.

Denne studiens design er beskrivende og fortolkende. Med bakgrunn i problemstillingen, har jeg prøvd å utvikle en mer helhetlig forståelse av det jeg har studert. Jeg har belyst mening eller betydning knyttet til hendelser og handlinger blant pleie- og omsorgsarbeidere relatert til eldre rusmiddelbrukere (Grønmo, 2004:371), ved å benytte kvalitativ metode i en fenomenologisk/hermeneutisk tilnærming.

Fenomenologi blir skildret som en metode der en prøver å forstå det som er utforsket, med å ta utgangspunkt i informantens opplevelse av sin egen livsverden. Det bygger på en underliggende antagelse om at realiteten er slik mennesket oppfatter den. Jeg har latt ansatte i pleie- og omsorgssektoren fortelle om sine erfaringer, der mine refleksjoner over egne erfaringer var utgangspunkt for studien. I forskning kan en bruke erfaringer en selv har systematisert og reflektert gjennom år, men samtidig må en være åpen for informantenes erfaringer. *"En setter ord på informantens erfaringer i et empirinært språk"*, (Thagaard, 2002:36).

For å forstå teksten fra de transkriberte intervjuene, har jeg i analyse og drøftingsdelen valgt en hermeneutisk metode. Hermeneutikk framhever betydningen av å fortolke menneskers handlinger gjennom å fokusere på et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende. Thagaard (2002) kaller det tykke beskrivelser. Tynne beskrivelser gjengir derimot bare det som observeres (Thagaard, 2002:37). En hermeneutisk tilnærming vektlegger at det ikke finnes en definert sannhet, men at fenomener kan fortolkes på flere

nivåer. Hermeneutikken forsøker å belyse et fenomen ved å fortolke, forklare og forstå en problemstilling. Dette er relevant når en har datamateriale som i stor grad bygger på det som blir sagt. Fortolkning av forståelse og mønstre er en vesentlig del av grunnlaget for forskningsprosessen, men en må ta hensyn til at aktørene har gjort sine egne fortolkninger på forhånd. Derfor kan en ikke velge vekk aktørenes syn på seg selv og sin egen situasjon. Forskningen må da rekonstruere fortolkningen til aktørene. Ved å benytte teoretiske begreper, kan en knytte det opp til et samfunnsvitenskapelig språk.

Den hermeneutiske sirkel er et uttrykk for at fortolkning skjer mellom helhet og deler av helheten, og skapes i et samspill mellom forskerens forforståelse, det en skal fortolke og den konteksten det skal fortolkes i. Fortolkninger bygger på at en viser til andres fortolkninger (Gilje & Grimen, 1993:144). Ved å kombinere fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming, kan en få både et beskrivende og fortolkende perspektiv (Gilje & Grimen, 1993, Kvale, 1997). Med dette som bakgrunn, er analysen og drøftingsdelen i denne studien basert på ulike faser av forståelse i en hermeneutisk sirkel mellom intervjuetekster, aktuell teori og min egen forforståelse.

Det kvalitative forskningsintervjuet

Det finnes ulike hovedtyper av undersøkelser. Jeg har gjennomført et kvalitativt forskningsopplegg, der jeg har benyttet uformell intervjuing og kvalitativ innholdsanalyse. Kvalitative metoder kjennetegnes av et fleksibelt forskningsopplegg. Det innebærer at forskeren kan arbeide parallelt med de ulike delene av forskningsprosessen (Thagaard, 2002:27). Det er begrenset forskning på temaet jeg har studert. For meg har det derfor vært en fordel at jeg har kunnet utvikle problemstillingen, samt analysere og tolke informasjonen etter hvert som data ble samlet inn. Det vil ikke være mulig i et kvantitativt forskningsopplegg, fordi en der forutsetter større grad av struktur og ferdig design før datainnsamlingen starter. Om jeg hadde valgt kvantitativ metode i denne studien, tror jeg datagrunnlaget ville blitt mer begrenset (Ringdal, 2001:92).

Intervjuguide

Uformell intervjuing består av samtaler mellom den som gjennomfører intervjuene og informantene som er rekruttert til studien. Det er en velegnet metode for å få informasjon om hvordan den enkelte informant opplever og forstår seg selv og sine omgivelser. Verken spørsmålene eller svaralternativene er fastlagt på forhånd. Det er vanlig at intervjueren

benytter en intervjuguide, som gir generelle retningslinjer for gjennomføring og styring av samtalene (Grønmo, 2004:127). Det var viktig for meg å utarbeide en gjennomtenkt intervjuguide på forhånd, for å sikre at intervjuene belyste alle forskningsspørsmålene jeg har stilt i denne studien. Jeg prøvde å formulere ”ufarlige” og åpne spørsmål, slik at den enkeltes opplevelse av egne erfaringer med rusmiddelbruk blant tjenestemottakerne kom tydelig fram. Videre utforsket jeg hvilke faktorer informantene mente var fremmende og hvilke faktorer som var hemmende for at ny kunnskap skal kunne omsettes til praksis. Jeg søkte etter graden av, og hvor i systemet det var ønsker og behov for ny kunnskap.

Intervjuguiden ble kvalitetssikret gjennom et prøveintervju. Hensikten med prøveintervjuet var å se om guiden fungerte i forhold til oppbygning og innhold, og om intervjuet fanget opp det jeg ville utforske. Etter prøveintervjuet ble noen spørsmål flyttet på og ett par spørsmålsformuleringer ble endret. Ellers stemte prøveintervjuet overens med tidsplan og teknisk utstyr.

Jeg gjorde lydopptak av alle intervjuene, men var forberedt på at det kunne bli nødvendig å ta notater, dersom noen av informantene ikke ønsket at intervjuet ble tatt opp på bånd. Ulempen med notater, er at skrivearbeidet vil ta noe av fokuset fra nyansene som kommer fram under intervjuet (Thagaard, 2002:97). Alle informantene samtykket til lydopptak, og samtlige intervju ble gjennomført på cirka en time. Grønmo (2004:163) sier at intervjusituasjonen har betydning for hvordan intervjuet blir gjennomført. Ro under intervjuet er viktig for at informant og intervjuer klarer å holde fokus og være konsentrert om temaet. Dette ble etterstrebet i min studie. Tidsramme, ro rundt intervjusituasjonen og ønske om å avvikle intervjuene i informantens arbeidstid ble tatt opp med ansvarlige personer i kommunen samtidig som jeg rettet forespørselen om å gjennomføre studien. Alle informantene tok i mot meg på arbeidsplassen i arbeidstiden, og det var anledning til å sitte ganske uforstyrret.

Valg av informanter

Kvalitative studier kan baseres på strategiske utvalg. Det innebærer at informanter velges ut på grunnlag av de egenskaper eller kvalifikasjoner som er hensiktsmessige/strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2002:53). For å få svar på forskningsspørsmålene, var det viktig å snakke med personer som jobbet direkte med pasienter. Denne type studier er avhengige av informanter som er villig til å ”gi av seg selv”. Ved tilgjengelighetsutvalg representerer informantene egenskaper som er relevante for problemstillingen, og velges ut

fra den tilgjengeligheten de har for forskeren. Slik ble utvalget mitt et strategisk tilgjengelighetsutvalg. Utfordringen ved tilgjengelighetsmetoden er at en kan få skjevhet ved utvalget, fordi en oftest rekrutterer motiverte personer som har lett for å snakke, mestrer egen livssituasjon eller er blitt anbefalt av andre.

En kvalitativ undersøkelse bør gjennomføres der en finner relevante data, og en bør få adgang til miljøer og personer som er relevante i forhold til problemstillingen. Pleie- og omsorgssektoren har mange ansatte, og utvalgsgrunnlaget mitt var i utgangspunktet stort. Etter tilbakemelding fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), Personvernombudet, om at informantene måtte samtykke til deltakelse før jeg kunne få oppgitt personalia fra arbeidsgiver, måtte jeg rekruttere dem via deres ledere. Jeg rettet forespørsel om å gjennomføre studien til kommunens ledelse per telefon og i brev form. Kommunen samtykket, og oppga kontaktpersoner på mellomledernivå som kunne bistå med å rekruttere informanter. Kontaktpersonene representerte færre bydeler enn jeg hadde planlagt. Jeg valgte derfor i tillegg å spørre personer fra mitt eget nettverk, som jeg visste hadde lederstillinger i kommunen. På den måten fikk jeg tilgang til flere bydeler. Det er i følge Thagaard (2002:57) viktig at forskeren har tenkt på et alternativt miljø for å gjennomføre undersøkelsen, dersom det viser seg å være vanskelig å få adgang til de miljøene som opprinnelig er planlagt. Dersom det ikke ble mulig å gjennomføre intervjuer med ansatte i den forespurte kommunen, ville jeg kontaktet andre kommuner. Selv om utvalget ble mer begrenset enn planlagt, valgte jeg å ikke rekruttere fra andre kommuner. Kommunen jeg studerte er en av landets største. Jeg antok derfor at et utvalg som representerte tre store bydeler, var en bred nok sammensetning til å ivareta informantenes anonymitet. Lederne jeg kontaktet, forespurte informanter og tilbakemeldte til meg navn og e-postadresse til sykepleiere som ønsket å delta i studien.

Jeg gjennomførte kvalitative intervju med erfarne sykepleiere som jobbet i sykehjem og i hjemmetjenester. Det ga et typisk utvalg, som kjennetegnes av at en velger informanter som er typisk/strategisk i forhold til de fenomener som skal studeres (Thagaard, 2002: 55). Jeg ville intervju ansatte som hadde møtt rusmiddelbrukende pasienter i arbeidet sitt, og valgte å intervju sykepleiere med minimum fem års erfaring fra pleie- og omsorg. Jeg antok at de, gjennom utdanning og klinisk praksis hadde et bredere grunnlag for å svare på mine spørsmål, enn det unge og nyutdannede sykepleiere ville hatt (jfr. Benner, 1984). Dersom jeg

hadde valgt personer uten fagutdanning, antok jeg at de i mindre grad kunne skille mellom behov for generell kompetanse og spesiell kompetanse relatert til rus. En annen grunn for å velge sykepleiere, var at de er den mest skolerte yrkesgruppen i de kommunale helsetjenestene, og ut fra formalkompetansen danner den faglige plattformen i tjenesten. Meyer et. al. (2010) sier at sykepleierne har det helhetlige ansvaret i sykehjem, og de skal følge opp pasientenes medisinske behandling og helseproblemer, samt legge til rette for at de trives og har et sosialt liv. På den måten kan de i kraft av profesjonen påvirke fagmiljøet i avdelingene. Jeg antok at sykepleiernes erfaringer var viktige for videreutvikling av kompetanse i enhetene de var tilknyttet. Jeg ønsket også å få fram erfaringer fra de som jobber tettest opp mot pasientene, og satte derfor som kriterium at informantene ikke skulle ha lederansvar. En leder vil i større grad bruke tiden til administrative arbeidsoppgaver, og være mindre tilgjengelige i den daglige oppfølgingen av pasientene.

Utvalgets størrelse

Størrelsen på utvalget i et kvalitativt opplegg bør vurderes i forhold til metningspunkt (Thagaard, 2002:56). Når studien av flere enheter ikke synes å gi ytterligere forståelse av de fenomener som studeres, kan utvalget betraktes som tilstrekkelig stort. Det er derfor vanskelig å vite på forhånd hvor mange som er nok. Størrelsen avhenger blant annet av hvor mange kategorier utvalget skal representere. En rettesnor er at antall informanter ikke bør være større enn det en har mulighet til analysere på en grundig måte (ibid). Jeg valgte å intervju sykepleiere som var ansatt i hjemmetjenester og på sykehjem. Etter det åttende intervjuet, fire fra hver kategori, følte jeg at informantenes fortellinger ble dels ble repetert, og vurderte datagrunnlaget til å være tilstrekkelig for en kvalitativ analyse. Å velge informanter fra forskjellige kategorier, sykehjem og hjemmetjeneste, var basert på to hypoteser. Den første handlet om at det er større utfordringer i hjemmetjenestene på det området jeg ville utforske. Jeg antok at en jobber mer alene og at rusmiddelbruken er mer omfattende hos hjemmeboende pasienter, enn hos de som bor på sykehjem. Den andre hypotesen min, var at pasienter på sykehjem har fått alvorligere sykdommer som konsekvens av rusmiddelbruk. Å velge informanter fra begge kategoriene kunne belyse om ansatte på sykehjem og i hjemmetjeneste hadde ulike erfaringer med eldre rusmiddelbrukere.

Analyse

Gjennom kvalitativ analyse, vil en komme fram til en muntlig forståelse av spesifikke forhold, eller utvikle teorier og hypoteser om bestemte samfunnsmessige sammenhenger

(Grønmo, 2004:245). Analyse og datainnsamling kan foregå som en parallell prosess, som starter allerede når en begynner med problemstilling og intervjuguide (ibid:164). Analyseprosessen starter i intervjusituasjonen, når informanten selv oppdager nye forhold i løpet av intervjuet (Kvale, 1997), og ved at intervjuer fortløpende undersøker med informanten om utsagnene er forstått riktig. Som eksempel, prøvde jeg i løpet av intervjuene å oppsummere det vi hadde snakket om på slutten av hvert av de tre hovedspørsmålene/-temaene. Flere ganger kom informantene også på episoder og erfaringer utover i intervjuet, når nye tema fra intervjuguiden ble belyst.

Ut fra intervju, sorterer forskeren ut hva som er interessant i forhold til problemstillingen (ibid). Intervjuene ble transkribert etter hvert som de ble gjennomført. Det muliggjorde at jeg kunne være i en prosess der problemstilling og spørsmål fortløpende ble evaluert og forbedret. Blant annet valgte jeg i det siste intervjuet å utelate noen spørsmål, og heller å fokusere på områder der det fortsatt var behov for mer informasjon. Det transkriberte materialet utgjorde cirka 160 sider.

Det er ulike modeller som kan benyttes når en skal analysere kvalitative intervju. Målet med en analyse er å få en helhetlig forståelse av innholdet i datamaterialet. Temasentrerte og personsentrerte tilnæringer presenterer ulike framgangsmåter for tolkninger av data, og kan derfor utfylle hverandre (Thagaard, 2002:164). Temasentrerte analyser utforsker de enkelte temaene, ved å sammenligne informasjon fra alle informantene. Et hovedproblem med den temasentrerte tilnærmingen, er at informasjon om de enkelte temaene løsriveres fra sin opprinnelige sammenheng. Ved å fokusere på deler av en tekst, kan det bli vanskelig å oppnå en helhetlig forståelse. Personsentrerte tilnæringer gir i større grad helhetlige perspektiver, fordi forskeren kan studere sammenhengen mellom de ulike temaene for hver av de personene undersøkelsen fokuserer på. For å ivareta helhetsforståelsen, som er grunnleggende for kvalitativ forskning, er det derfor viktig at temasentrerte og personsentrerte tilnæringer kombineres (ibid). Analysen i denne studien ble gjort ut fra en slik kombinert modell. Sammenligning av informasjon fra alle informantene ga meg en god forståelse av hvert enkelt tema som ble fokusert. Like fullt var det viktig å få frem den enkelte informants helhetssyn. I presentasjonen av data er informasjonen samlet etter tema. Like fullt har jeg hatt med meg helhetsinntrykket fra den enkelte informant gjennom hele analyseprosessen. Det har påvirket tolkningen av dataene. Av hensyn til anonymisering, har jeg likevel valgt å utelate

helhetlige beskrivelser av enkeltinformanter.

I arbeidet med analysen, utgjorde forskningsspørsmålene en viktig rettesnor for meg, samtidig som jeg prøvde å legge vekt på å lese teksten uten å være forutinntatt. Det var med tanke på å få fram informantenes helhetlige ståsted. Den teoretiske forankringen ga utgangspunkt for en samlet forståelse. Kategorisering eller meningsfortetting er sammenfatning av informasjon om viktige tema i materialet. Det kan en gjøre, ved å framheve det forskeren oppfatter som essensen av innholdet. Da er en i gang med en fortolkning (Kvale, 1997:127).

I følge Malterud (2003:100) anbefaler Giorgi at analysen gjennomføres i fire trinn, der stikkordene er 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet og 4) å sammenfatte betydningen av dette. Disse fire trinnene utgjør hovedstrukturen i den metodologi som representeres av analysemetoden systematisk tekstkondensering. Jeg har tilstrebet å gjøre dette i min analyse. Jeg startet med å lese gjennom alle intervjuene for å få et helhetsinntrykk av informantene. Deretter ble meningsbærende enheter kategorisert, ved at data med lignende innhold ble sortert inn i en matrise. Den var bygget opp rundt de tre forskningsspørsmålene om kunnskap, erfaring og læringsmuligheter relatert til rusmiddelbruk blant eldre personer. Videre ble materialet sammenfattet og ytterligere systematisert. I kapittel fire presenteres dette som informantenes meninger og motsetninger. Ut fra dette, har jeg utviklet nye beskrivelser, som er utgangspunktet for drøftingene i kapittel fem.

Forskerens forforståelse

I et kvalitativt intervju, vil både forsker og informant påvirke prosessen. I alle ledd i forskningsprosessen må forskeren ha fokus på egen forforståelse, og bør på forhånd ha reflektert over sitt eget nærvær og hvordan en selv bidrar til å påvirke det informantene er villig til å komme fram med. Forskeren bør ha kvalifikasjoner både om de temaene som tas opp, men også om sosiale relasjoner (Thagaard, 2002:86). Jeg har jobbet lenge som sykepleier i nær kontakt med pasienter, både innen rusbehandling, på sykehjem og i hjemmetjeneste, og mener derfor å ha både samtalekompetanse og innsikt i temaet jeg har studert. Det har preget min forforståelse. At jeg hadde kunnskap om det jeg forsket på, medvirket til at jeg var i stand til å sette meg inn i det som ble studert. Samtidig har jeg vært bevisst på å ikke bruke min forforståelse i en retning som har påvirket tolkningen av dataene.

Jeg var opptatt av å møte informantene med et åpent sinn, og var bevisst på å ikke stille motspørsmål når de fortalte om sine erfaringer og opplevelser.

Like fullt, har min forforståelse både formet ideen til denne studien og vært drivkraften min for å gjennomføre den. Jeg mener derfor det er umulig for meg å være bevisst alle "blinde flekker" i min egen forforståelse, som vil både synliggjøres og avgrenses gjennom forskningsspørsmålene og intervjuguiden jeg har utviklet. Avgrensningen i intervjutema indikerer at det ikke har vært en fullstendig åpenhet i intervjusituasjonen, og dermed har ikke den forutsetningsløse holdningen som fenomenologien som metode etterspør, vært benyttet fullt ut. Likevel har jeg etterstrebet å ha et fenomenologisk perspektiv i intervjusituasjonen og transkriberingsfasen, med vekt på "*intervjupersonens erfaringer og fremheving av presise beskrivelser*", (Kvale, 1998).

Troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet

For å vurdere kvaliteten på forskning, har Thagaard (2002) erstattet begrepene reliabilitet, validitet og generalisering med troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet, fordi hun mener det er begrep som bedre framhever særpreget til den kvalitative tilnærmingen.

Troverdighet

Troverdighet handler om at det som blir presentert gir et pålitelig bilde av hele forskningsprosessen, og er knyttet til at forskningen utføres på en tillitvekkende måte. I denne type studie må en argumentere for troverdighet, ved å redegjøre for hvordan dataene utvikles gjennom hele forskningsprosessen. Intervjuguiden var et godt hjelpemiddel til å få fram gode data. Gjennom bearbeidete og åpent formulerte spørsmål, fikk informantene anledning til å komme med utdypende svar. Jeg opplevde intervjusituasjonene som gode, der informantene fortalte åpent og fortrolig om sin opplevelse. Intervjuene var et godt utgangspunkt for analyse og tolkning. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert i sin helhet. I kapittel fire presenteres informantenes fortellinger, dels i fortettet tekst og dels gjennom sitater. Hver informant har fått tildelt et nummer, fra 1 til 8. Slik blir empirien tydelig atskilt fra drøftingene, som er nedtegnet i kapittel fem, og det kommer tydelig fram hva jeg bygger tolkningene mine på.

Bekreftbarhet

At en studie har bekreftbarhet, handler om vurderingen av grunnlaget for tolkingen, og at

studien undersøker det som den i utgangspunktet hadde som mål å undersøke (Kvale, 1997:165). Thagaard (2002:180) sier at bekreftbarhet innebærer både at forskeren forholder seg kritisk til egne tolkninger, og at prosjektets resultater kan bekreftes av annen forskning, mens Kvale (1997:177) sier at bekreftbarhet bygger på godt håndverk, gjennomsiktede forskningsprosedyrer og åpenbare resultater, som vil være med på å gi overbevisende konklusjoner.

Under intervjuene prøvde jeg å formidle til informantene at jeg ønsket å få fram deres egne erfaringer, og at min "ekspertkunnskap" fra rusfeltet var underordnet. At jeg har noe erfaring fra feltet jeg studerte, pleie- og omsorg, medførte at jeg lettere kunne forstå kontekster som informantene presenterte, enn om jeg ikke hadde slik erfaring. Dette skapte en mer likeverdig atmosfære under intervjuene. I følge Thagaard (2002:181) vil forskerens erfaringer fra miljøet som studeres, gi grunnlag for gjenkjennelse, og kan være utgangspunkt for den forståelsen som forskeren etter hvert kommer fram til. Samtidig kan det bli en fallgrube i forhold til at kjennskapet til miljøet kan hindre forskeren i å se det som er forskjellig fra egne erfaringer. For å vurdere mine egne tolkninger, har jeg i analyseprosessen prøvd å være kritisk til hva jeg har lest ut av intervjuene. En kollega har lest og kommentert oppgaven, forskningsprosessen har vært presentert på flere forskningsseminar ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, og jeg har hatt jevnlig kontakt med veileder, som har bidratt med gode innspill og kritiske spørsmål.

Overførbarhet

"Et av trekkene ved kvalitativ forskning, er å utvikle en forståelse av de fenomen som studeres. Det er fortolkningen som gir forskningen grunnlag for overførbarhet, og ikke beskrivelser av mønstre i dataene", (Thagaard, 2002:184).

Her må en se på om den tolkningen som utvikles i et prosjekt, også kan være relevant i andre sammenhenger. Thagaard (2002:184) sier videre at overførbarhet betyr at den teoretiske forståelsen som er knyttet til et enkelt prosjekt, kan settes inn i en videre sammenheng, og slik bidra til en mer generell teoretisk forståelse. Gjennom denne studien, som ble gjennomført i en av landets største kommuner, er det viktig å vurdere om aktuelle funn også kan være relevante for tilsvarende tjenester i andre kommuner, og om det er overførbart til andre bydeler enn de som har vært involvert i intervjuene. Studien har som utgangspunkt at det ikke foreligger annen norsk forskning på temaet eldre og rusmiddelbruk i pleie- og omsorgssektoren. Internasjonalt finnes det noen få studier, og de konkluderer oftest med at

det trengs mer forskning. Jeg har derfor hatt relativt lite teori å støtte meg til i de tolkningene som er blitt gjort, selv om deler av materialet er sammenlignbart med de internasjonale studiene. Nordmenns rusvaner og kommunenes organisering av tjenestetilbudet mener jeg til en viss grad vil være uavhengig av bosted, og derfor kan være sammenlignbar. Personer jeg har drøftet funnene med, har tilbakemeldt at de dels kan kjenne seg igjen, og at de i liten grad byr på store overraskelser. Dette tyder på at studien kan være overførbar til andre lignende situasjoner.

Etiske vurderinger

Kvale (1997:66) omtaler tre etiske regler for forskning på mennesker. Det er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. Informert samtykke gir informanten mulighet til å bekrefte at han eller hun er kjent med innholdet i studien, og samtykker til å delta. Alle informantene fikk tilsendt informasjon om studien og om informert samtykke før de meldte seg til deltakelse. I starten av intervjuet gjentok jeg denne informasjonen og sørget for at samtykket ble signert og samlet inn. Jeg understrekte overfor informantene at de når som helst, inntil oppgaven var skrevet, hadde anledning til å trekke seg fra undersøkelsen.

Konfidensialitet i forskningen medfører at man ikke offentliggjør personlige data som kan avsløre informantens identitet. I studier der en bruker et empirinært språk, får en utfordringer i forhold til anonymisering (Thagaard, 2002:36). For å sikre anonymitet, hadde jeg som utgangspunkt at det bare skulle være en informant fra hver av enhetene som er representert i studien. Det var ikke mulig å få til. Ved å ha flere informanter fra samme sted, kan anonymiteten bli vanskeligere å håndtere, fordi kollegers beretninger lettere kan gjenkjennes. Erfaringen min i etterkant av intervjuene, er at informantene ikke var så opptatt av å skjule fortellingene sine, og noen hadde fortalt kolleger i forkant av intervjuene at de skulle delta i studien. Min oppgave har derfor vært å anonymisere fortellingene mest mulig i analysen. Informantene benevnes med hver sitt nummer, alle er omtalt i hunkjønn og bokmål er benyttet i alle sitater. Alle opplysninger er konfidensielt behandlet, og informasjon som kunne føre til gjenkjenning ble fjernet i transkriberingen.

Det kan oppstå etiske dilemma under intervjusituasjonen, ved at spørsmålene blir for personlige eller for nærgående (Thagaard, 2002:106). Under intervjuene var jeg bevisst på å vurdere informantens grenser, slik at de ikke skulle føle det ubehagelig eller angre på at de hadde deltatt i studien. Som forsker har jeg et etisk ansvar for at informantens vurderinger,

motiver og selvrespekt blir tatt hensyn til både i intervjusituasjonen, i analysearbeidet og ved publisering av studien. Prinsippet om at informanten ikke skal ta skade av å delta i forskningsprosjekter, har vært en viktig rettesnor i arbeidet mitt. Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), Personvernombudet, som godkjente studien. Herfra ble det gitt noen føringer på hvordan jeg kunne rekruttere informanter. Av hensyn til konfidensialiteten, kunne arbeidsgiver først gi meg tilgang til ansattes personalia etter at de forespurte kandidatene hadde samtykket til å delta i studien. Kontakten med lederne ble derfor en viktig innfallsport for å rekruttere informanter.

Kapittel 4: Erfaringer og læringsmuligheter for sykepleiere i kommunen

I dette kapittelet presenteres funn fra intervju med sykepleiere som jobber i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Målet med intervjuene var å få svar på tre forskningsspørsmål:

1. Hvilken kunnskap har ansatte i pleie- og omsorgstjenestene om rusmiddelspørsmål?
2. Hvilke erfaringer har ansatte på sykehjem og i hjemmetjeneste med rusmiddelbrukende tjenestemottakere?
3. Hvilke læringsmuligheter har ansatte i pleie- og omsorgstjenestene?

Jeg hadde tanker om at de ansatte hadde erfaring med rusmiddelbrukende eldre, men at kunnskapen ikke var tilstrekkelig til å møte pasientgruppen med kvalitet og gode tiltak. For å øke kompetanse, er det nødvendig med tilrettelegging. Jeg ville undersøke hvordan de ansatte så på sine egne læringsmuligheter, og ha det som utgangspunkt for hvordan ruskompetanse kan utvikles. I dette kapittelet presenterer jeg sykepleiernes opplevelse knyttet til kunnskap, erfaring og læringsmuligheter, ved å gjenfortelle deres beskrivelser av arbeidet i pleie- og omsorgstjenestene i kommunen. Den eneste tolkningen jeg har gjort i denne delen av oppgaven, er å gi en meningsfortetting av innholdet, der data presenteres i tversgående beskrivelser. I følge Malterud (2003) er dette det andre trinnet i en kvalitativ analyse basert på systematisk tekstkondensering. I forkant av meningsfortettingene, har jeg lest gjennom alle intervjuene og dannet meg et helhetsinntrykk av den enkelte informant, jfr. trinn 1 (Malterud, 2003:100).

Presentasjon av utvalg og demografiske data.

Presentasjon av funnene er basert på intervju av med åtte sykepleiere som er ansatt i en stor bykommune i Norge. Utvalget er hentet fra tre av åtte bydeler. Fire informanter jobbet i hjemmetjeneste (hjemmesykepleie) og fire jobbet på sykehjem. Utvalget besto av tre menn og fem kvinner. En informant var under 30 år, seks var mellom 30 og 50 år, og en var over 50 år. To informanter hadde fra fem til ni års sykepleiererfaring, tre hadde ti til 20 års erfaring, og en informant hadde praktisert som sykepleier i mer enn 20 år. To informanter hadde mindre enn fem års erfaring som sykepleier. Den ene hadde vært sykepleier i to år, men hadde hatt deltidsstilling i samme avdeling gjennom hele studietiden (3 år), og hadde til sammen fem års erfaring fra tjenesten. Den andre hadde vært sykepleier i vel tre år, men hadde mer enn ti års erfaring fra annen helsetjeneste. Begge hadde jobbet lenge med eldre,

og ble derfor tatt med i utvalget, selv om jeg hadde satt fem års erfaring som sykepleier som minimumskriterium. Dette kriteriet ble satt ut fra at jeg ønsket å intervju kompetente eller mer erfarne sykepleiere (Benner, 1984). Seks informanter hadde mer enn fem års erfaring fra nåværende arbeidsplass. Ingen informanter hadde lederansvar.

I intervjuene ble det brukt ulike begreper på tjenestemottakerne: brukere, beboere, pasienter, klienter. I oppgaven har jeg valgt å bruke pasienter som et felles begrep om tjenestemottakerne. Utvalget av informanter består både av kvinner og menn, men av hensyn til anonymisering blir alle omtalt i hunkjønn. I de delene av teksten som gjengis som sitater, blir informantene presentert med nummer, fra en til åtte. I studien blir det ikke satt et systematisk skille mellom sykepleiere som jobbet på sykehjem og i hjemmetjeneste, utover de gangene det kommer fram av sammenhengen i beskrivelsene.

Kunnskap, opplæring og kompetanseheving i rusproblematikk

Dette underkapittelet belyser det første forskningsspørsmålet, og omhandler informantenes beskrivelser av egen kunnskap relatert til rusfaglige problemstillinger. Fokuset er rettet mot formell kompetanse, hvordan opplæring er organisert og om aktuelle kurs og kompetansehevende tiltak de har fått tilbud om og/eller har gjennomført.

Kunnskap

De fleste informantene hadde fått lite eller ingen teoretisk undervisning om rusmidler og rusmiddelproblematikk i sykepleierutdanningen, men halvparten hadde hatt praksisplass i rusfeltet. To informanter hadde skrevet fordypningsoppgave i sykepleierutdanningen med tema som omhandlet rusproblematikk. Informantene som hadde valgt praksis og/eller skrevet oppgave om rus, hadde gjort det fordi de hadde vært spesielt interessert i temaet og hadde tatt initiativ til å få dette til. Gjennom praksis og oppgaveskriving opplevde de å få innsikt i fagområdet og mer respekt for rusmiddelbrukende pasienter. Metodisk samtale, miljøarbeid, medikamentavhengighet og abstinenser var områder de hadde fått litt kunnskap om.

Seks informanter hadde fått tilbud om ulike videreutdanninger, i løpet av den tiden de hadde vært ansatt i pleie- og omsorgstjenestene. Dette var utdanninger som ble spesielt tilrettelagt av arbeidsgiver. En informant var blitt oppfordret av egen leder og hadde tatt videreutdanning, mens tre hadde takket nei til dette. To informanter hadde gjennomført videreutdanning på eget initiativ. Ingen informanter hadde videreutdanning i

rusproblematikk, og kommunen hadde heller ikke tilrettelagt for dette. Flere informanter kunne tenke seg å ta en slik videreutdanning.

Intern opplæring

Fokus på internopplæring varierte en del mellom de ulike avdelingene som er representert i utvalget. Alle informantene jobbet i avdelinger der det var en viss form for internopplæring, men kvaliteten ble opplevd forskjellig. De mente at opplæringen kretset mest rundt nyansatte, og at det i mindre grad var faglig påfyll for de som hadde vært ansatt en stund. Noen avdelinger hadde undervisning for alle ansatte, eksempelvis hver sjette uke, og noen informanter sa det ble arrangert kurs når det oppsto et behov. Opplæring ble oftest avviklet på dagtid, i forbindelse med lunsjpause eller overlapping mellom dag og aftenvakt. Flere informanter hadde erfart at korte undervisningsbolker repetert over flere dager, sikret at de fleste fikk delta. Ansatte som jobbet mye aftenvakter deltok i mindre grad på slike undervisninger, fordi det var utenfor arbeidstiden deres. Det ble ikke gitt lønnskompensasjon eller ny fritid for ansatte som deltok på slike samlinger utover ordinær arbeidstid.

Behovet for opplæring i sykehjem og hjemmetjeneste er blitt større de siste årene, fordi pasientene har mer komplekse sykdomstilstander enn tidligere. De fleste informantene sa at opplæring av nyansatte er satt i system, men at den ikke er tilstrekkelig. Alle blir introdusert til arbeidet gjennom opplæringsvakter. Mange avdelinger har samlet rutiner og prosedyrer i permer, og noen steder holdt de på å lage slike permer. Noen avdelinger bruker sjekklister for å dokumentere at ansatte har fått opplæring i prosedyrene. Hjemmetjenesten har innført en fadderordning, slik at nyansatte kan følges opp av en erfaren medarbeider de to første ukene i avdelingen. Flere informanter mente denne opplæringen er preget av tilfeldigheter, og at det henger sammen med om det er andre sykepleiere på jobb. På sykehjem er det få sykepleierstillinger i hver avdeling, og dersom det eksempelvis er sykdom blant sykepleierne, får ikke nyansatte tilstrekkelig opplæring. Informant (4):

”Opplæringen kan være litt ”learning by doing”. Det står vel kanskje noe konkret på papiret, men sånn som det har vært i praksis, så synes jeg at det blir sånn, ja.”

Alle informantene fra hjemmetjenestene mente nyansatte blir tatt godt imot, og at det er ansatt nok sykepleiere til å kunne gjennomføre opplæring etter programmet. To informanter vektla god sykepleiedekning, kontinuitet og godt arbeidsmiljø som viktige faktorer for å få nyansatte til å trives og bli trygge nok til å spørre om hjelp fra kolleger. En informant mente

det er en ukultur at erfarne kolleger overfører sine meninger, i stedet for at nyansatte får gjøre egne erfaringer. Parallelt med at nyansatte får opplæring, blir etablerte subjektive meninger om pasientene overført til nyansatte. Informanten mente at nye kolleger heller bør få gjøre egne erfaringer, for så å reflektere sammen med den som er ansvarlig for opplæringen.

Informant (2):

”Det gir jeg beskjed om at man ikke bør... Jeg gir småtips til de nye, men overfører aldri egne erfaringer, men snakker i etterkant.”

De fleste informantene hadde ikke fått tilrettelagt opplæring når de selv var nyansatt. To informanter begynte som ekstravakt i avdelingen mens de var sykepleierstudenter. De fikk ansvarsvakter umiddelbart etter fullført utdanning, uten opplæring i de oppgavene so er knyttet til den funksjonen. Det hadde vært et ”tøft” møte med hva som ble forventet av en sykepleier. En informant mente at selv om en får opplæring, kan det være skremmende å ha ansvarsvakt når en er ny. Det er mange komplekse saker og mye å håndtere på en gang. Ruspasienter ble nevnt som spesielt utfordrende. Alle informantene mente at opplæring er bedre i dag enn da de selv begynte. En informant begrunnet det med at tjenestene er utvidet, og fokuset på kvalitetssikring har økt de siste årene. Informant (7):

”Organisasjonen er blitt mye større siden den gang. Retningslinjer, økonomi og budsjett er blitt tydeligere de siste årene. Vi får stadig pålegg fra Byråd og NAV.”

Kompetansehevende tiltak

Alle informantene får tilbud om å delta på kurs, men det varierer i hvilken grad det er systematisert. Fordelingen blir hovedsakelig gjort etter rettferdighetsprinsippet i forhold til hvem sin tur det er til å gå på kurs. Det er mindre fokus på tema og nytteverdi for den enkelte. Kostnader knyttet til kursene har betydning for hvor mange ansatte som får delta. Flere sa at de melder seg på kurs når de får tilbud, men de hadde varierende erfaring med hvordan kunnskap fra kurs blir tatt med inn i arbeidshverdagen. Det er gode muligheter for å delta på kurs og videreutdanning, men alle har ikke hatt like stort behov for det. Informant (8):

”For min del, så vet jeg ikke. Jeg har jobbet veldig lenge og jeg føler at spesielt her i hjemmetjenesten, så er det veldig greit, for du lærer veldig mye av dem du jobber med. For vi har veldig ulike erfaringer. Og så lenge man er flink å dele erfaringer med andre, så kan man få mye. Og derfor så tror jeg at sånn som vi gjør det her, får man veldig mye. At en ikke sitter og holder på det. Og vi har jo diskusjoner, og da får man mye”

I noen avdelinger er ansatte delt inn i grupper som skal ha kompetanse på ulike områder. Tanken er at da får en ressurspersoner innenfor ulike spesialområder, og at kurs skal fordeles

etter hvilken kompetansegruppe en tilhører. To informanter var knyttet til en rusgruppe, men bare en av dem hadde deltatt på kurs i rusproblematikk. Dette kurset hadde vært lite relevant i forhold til arbeidsoppgavene i hjemmetjenesten. De fleste informantene ville meldt seg på kurs i rusproblematikk, om de fikk tilbud om det.

Erfaring med rusmiddelbruk.

I dette underkapittelet belyses den første delen av forskningsspørsmål to. Informantene beskriver omfang og problemområder relatert til rusmiddelbrukende pasienter i pleie- og omsorgstjenestene. Det gis en beskrivelse av hva de har sett/erfart av rusmiddelbruk blant tjenestemottakere, og illustrerer hvem pasientgruppen er og hvilke rusmidler de bruker, samt i hvilke sammenhenger det blir brukt. Informantene kommer og inn på årsaker til og konsekvenser av rusmiddelbruk blant eldre.

Rusmiddelbrukende pasienter i pleie og omsorgstjenesten

Alle informantene hadde utført pleie- og omsorgstjenester til pasienter som hadde vært påvirket av rusmidler og hadde definerte rusproblemer. De fleste informantene hadde jevnlig kontakt, mens tre informanter møtte sjeldnere rusmiddelbrukende pasienter. To informanter fra hjemmetjenesten møtte ofte rusmiddelbrukere i arbeidet sitt, og tre informanter fra sykehjem hadde daglig kontakt med pasienter som har seinskader etter rusmiddelbruk eller har en avhengighetsdiagnose. Pågående rusmiddelbruk/beruselse oppleves som et mindre problem i sykehjem enn i hjemmetjeneste.

Alle informantene mente rusmiddelavhengige pasienter generelt er yngre enn andre pasienter i sykehjem og hjemmetjeneste, og brukere av illegale rusmidler er blant de yngste. Pasientens alder er fra 25 år og oppover i hjemmetjeneste og 43 år og oppover i sykehjem. Både i hjemmetjeneste og på sykehjem er det flest ruspasienter i alderen 60 år og oppover. De yngste ruspasientene som hjemmetjenestene følger opp, er tilknyttet et tiltak for bostedsløse. I denne boligen bor det også noen eldre ruspasienter.

Informantene hadde mest erfaring med alkoholbrukende pasienter, nest mest erfaring med medikamentavhengige og minst erfaring med pasienter som bruker illegale rusmidler. De fleste informantene mente det er flest menn med alkoholproblemer og flest kvinner med medikamentproblemer. Rusmiddelbrukende pasienter bor ofte alene.

- Alkohol

Alle informantene hadde møtt alkoholpåvirkete pasienter. I hjemmetjenesten er det ganske vanlig, mens halvparten av informantene fra sykehjem husket det mer som sjeldne hendelser. De to andre informantene fra sykehjem kjente derimot til pasienter som bruker alkohol daglig. En informant (3) beskrev berusete pasienter slik:

”De er gjerne litt sløv. Nå er det jo stort sett alkohol. Litt snøvlete og gjerne ubehøvlede, litt ufine og føyer vekk folk og tenker ikke på de andre pasientene. Det er ofte et stort problem”

Slik atferd skaper uro i avdelingene og medpasienter blir engstelige. For de ansatte skaper rusen store utfordringer i arbeidshverdagen.

Ruspasienter på avlastningsopphold i sykehjem, er generelt mindre hjelpetrengende enn de som har fast plass. Det ble forklart med at ruspasienter som hjemmetjenesten følger opp får tilbud om avlastningsplass på sykehjem når rusmiddelbruken og helseproblemene blir for omfattende til at denne tjenesten kan gi dem tilstrekkelig hjelp. Dette er en pasientgruppe som raskt blir bedre når de blir innlagt og får mat og god pleie. Da klarer de i større grad enn andre pasienter å gå ut på egenhånd, og de viser og mer interesse og kreativitet i forhold til å komme seg ut. De vandrer ut og kjøper alkohol, som de gjerne drikker opp før de returnerer til sykehjemmet. Når de kommer beruset tilbake til avdelingen, oppstår det ofte problemer.

Generelt uttrykte informantene at pasienter med nåværende eller tidligere rusproblemer viser stor grad av kreativitet og energi for å skaffe seg rusmidler. Mange pasienter ”jakter” fortsatt etter alkohol, også etter at de er blitt demente og det er lenge siden de har drukket alkohol. De fleste hadde erfaring med pasienter som har utviklet alkoholrelatert demens, og flere fortalte historier om demente som periodevis blir rastløse og urolige. Dette knyttes til at de får ”russug”, men at de ikke lenger er i stand til å forklare uroen sin. En informant fortalte om en pasient som noen ganger i året endret atferd og ble ekstra urolig. Hun kunne forsvinne fra sykehjemmet, for å få tak i alkohol. Slike episoder skaper uro i avdelingene, og ofte må de andre pasientene skjermes. Informant 6:

”Vi har en som vi prøver å hindre tar seg turer vekk fra sykehjemmet,...men tørsten har jo vært veldig sterk, da, så hun har jo klart å komme seg inn på Vinmonopolet og stjele brennevin, og ta det med seg og drikke seg full i avdelingen. Har hatt flere slike episoder.”

En annen informant fortalte om en pasient som ble spesielt urolig om våren, og mente det

hadde sammenheng med at han tidligere hadde levd mye på gaten. Man antok at pasienten knyttet den lyse årstiden til fest og moro utendørs. Informant 3:

”Når våren kom, da var det akkurat som noe om noe skjedde med ham, altså følte på seg at det var på tide å gå og drikke øl i parken, - og ble veldig urolig. Spesielt på den tiden. Og han passet jo ikke inn i avdelingen heller.”

Hjemmetjenesten opplever store utfordringer i møte med demente som øker forbruket, fordi de ikke husker hvor mye alkohol de har drukket eller hvor mye medisiner de hadde tatt når hjemmesykepleierne kommer. På grunn av demenstilstanden er det vanskelig å snakke med dem om dette. En informant beskrev en pasient som hadde mistet oversikt over alkoholkonsumet sitt. Han kunne glemme at han har vært på butikken, og derfor hendte det ofte at han handlet øl flere ganger daglig, som han drakk opp med det samme. I slike tilfeller fører demenstilstanden til økte alkoholproblemer.

- Vanedannende medikamenter

Flere informanter kjente til tilfeller der det ble avdekket medikamentmisbruk. Noen pasienter har brukt mengder av vanedannende medisiner i mange år, og noen har samlet opp reservelagre av medisiner hjemme. Informant (3):

”Vi har jo hatt gamle damer som har lagret godt opp med Sobril og den type tabletter hjemme. Det er ikke den vanlige formen for rusmisbruk. De har gått til flere leger og hatt sitt eget lager og tatt etter eget forgodtbefinnende. Så kommer de inn til oss, og får en tablett om morgenen og en om kvelden, og så blir de urolige når de ikke får like ofte som det de har vært vant med å ta hjemme.”

Informant (2):

”Fikk mistanke om at en drev med rusmiddelbruk – hun gjemte vekk tabletter. For noen kommer behovsmedisinering ut av kontroll. En hadde tatt for mye tabletter.”

Informantene fortalte om pasienter som bruker flere leger, om noen som bytter medikamenter seg imellom og om videresalg av medikamenter. Noen hadde erfart at pasienter ”dobbeltbodyker” hjelp, og har kontakt både med hjemmesykepleie og psykiatri-tjeneste. Når disse tjenestene ikke samarbeider, hender det at pasienter får dobbelt opp med medisiner.

En informant mente at medikamentbruk skaper de største utfordringene i sykehjem, og at det er mest eldre kvinner som har slike problemer. ”Medikamentkrevende” pasienter spør gjerne etter sterke medisiner når de forstår at andre på avdelingen får det.

- Illegale rusmidler

Halvparten av informantene kjente til pasienter som hadde brukt illegale rusmidler. Dette er generelt yngre pasienter enn de som vanligvis får pleie og omsorgstjenester, og de har ofte mer sammensatt problematikk. Noen av pasientene, særlig de som får hjelp fra hjemmetjenesten, bruker fortsatt rusmidler, og noen er blitt så hjelpetrengende at de ikke lenger klarer å få tak i rusmidler på egenhånd. De bor på sykehjem. En informant kjente til en pasient som spurte etter heroin når hun var ny på avdelingen, men som raskt hadde forstått at det ikke var aktuelt, og sluttet å spørre etter det. Flere informanter sa det er mest yngre pasienter som blander alkohol, illegale rusmidler og medikamenter. Mange av dem har også psykiske problemer. Informant (4) mente likevel det har vært en endring de siste årene.

”De eldre har bare drukket alkohol før, mens de som kommer nå har mer blandet rusproblematikk.”

- Langvarig misbruk / etablert problematikk

Informant (2) mente det alltid er en årsak til at pasienter bruker rusmidler. Mange gjør det for å dempe ubehag som har oppstått fordi de har opplevd vanskelige ting i livet. Hun brukte eksempler som vanskelig barndom og alvorlig sykdom:

”Det ligger jo alltid noe i bunn som gjør at de ruser seg. Akkurat som en psykisk syk person vil kutte seg for å få vekk smerten, så bruker disse medikamenter for å få vekk smerten. Men det som skjer, er jo at smerten blir verre.”

Informant (8) mente at mange pasienter kommer seint inn i hjelpeapparatet og har da hatt problemer i mange år. Problemene blir ofte avdekket når de kommer på sykehus, og deretter overføres til hjemmetjenesten for videre oppfølging:

”Ofte så kommer vi veldig seint inn, og vi kjenner de (pasientene) ikke fra før og vet ikke så mye om deres bakgrunn, og det er jo synd, for da har de hatt et problem veldig lenge. Spesielt så er jo det med alkohol. Så kommer vi inn når de har hatt problem gjerne i ti år. Når vi kommer inn trenger de hjelp til andre ting, egentlig, men det er gjerne rusproblemet som gjør at de er hjelpetrengende. For ofte er det det at de har et stort alkoholproblem, og det går som det går i lang tid, og så veldig ofte så faller de, og kommer på sykehus først, og så kommer de hjem, og så får vi beskjed om at her må dere inn. Og så, ja, så ser vi at da er det egentlig alkoholproblemet som er ganske stort.”

En informant (6) fra sykehjem refererte til pasienter med alvorlige fysiske skader etter langvarig alkoholbruk:

”Han var så ødelagt av sitt store forbruk at han lå på grensen til multiorgansvikt hele tiden – lever og nyresvikt.”

- Utvikling seint i livet

Flere informanter kjente til eldre pasienter som hadde begynt å bruke, eller hadde økt opp forbruket av rusmidler på grunn av ensomhet etter tap av ektefelle eller andre nære pårørende, på grunn av sykdom eller skade eller en avsluttet arbeidskarriere (pensjonering).

Informant (8):

”Det er mye ensomme folk som gjerne ikke har så stort kontaktnett eller har mistet kontaktnettet sitt. Og så har de ikke så veldig mye igjen, og mange av de er egentlig ganske før til å komme seg ut, men de går inn i en depresjon veldig ofte. Og så kan det starte derifra – både med alkohol og piller”.

Informant (2):

”Et eldre menneske kan faktisk begynne å bruke rusmidler veldig, veldig seint i livet. Etter at de gjerne er blitt alene.... Det har ikke vært et tema verken i arbeidsliv eller noe. Men når de blir eldre, så går de til legen, og så får de den ene tablett og så får de den andre tablett, og så er det jo veldig mange som står på tabletter år etter år etter år. Ble operert i 2004 og så står de på de samme tablettene fortsatt (i 2009).”

- Skambelagt og skjult problematikk

Informantene mente at mange familier skjuler rusmiddelbruken til eldre familiemedlemmer. Det er og nytt å sette fokus på eldre og rusmiddelbruk, og flere mente mange eldre har hatt alkohol- og/eller medikamentproblemer i lang tid før kommunens hjelpeapparat blir kontaktet. Rusproblemer blir forbundet med skam, og pårørende søker ikke hjelp før det oppstår en mindre tabubelagt sykdom som de kan relatere problemene til. Da har rusproblemet ofte blitt omfattende og har pågått over tid. Informant (8):

”Det er lettere for pårørende å ta kontakt når for eksempel demens er i utvikling, fordi en har fått et symptom som en kan plassere behovet for hjelp på. Rusen er tabu og holdes skjult.”

De fleste informantene mente at kvinner i større grad enn menn prøver å skjule rusproblemene sine. To informanter sa at alkoholbruk blant kvinner er blitt vanligere, men er likevel mer skamfullt. Det er en viktig årsak til at kvinner ofte prøver å skjule alkoholbruken for andre. Informant (4):

”..., og det er vel litt nytt at bestemor drikker pils også”.

En informant mente eldre kvinner får problemer på en annen måte. De bruker mer vanedannende medikamenter, og alkoholbruken deres er mer preget av ”fine” vaner. Kvinner prøver i større grad å holde på fasaden, og forbruket øker i takt med ensomheten. Informant (8):

”Kvinner har kanskje mer pillemisbruk. De bruker mer beroligende og sovemedisiner

og smertestillende tabletter. Så baller det på seg og så tar de litt ekstra og så kommer de liksom ikke ut av det. Og så øker angsten og uroen pga bivirkninger, og så øker forbruket. Jeg synes ofte det er mer det de bruker, men og alkohol.”

En annen variant av skjult misbruk som informantene hadde registrert, er kvinner som ikke våger å snakke med andre om ektefellens rusmiddelbruk. De har gjerne over tid vært utsatt for trusler og vold i forholdet, og er redde for å snakke med andre om det. Oftest blir problemene avdekket i etterkant av at mannen har hatt et sykehusopphold pga rusrelatert sykdom, og så får oppfølging fra hjemmetjenestene. Erfaringen er at kvinnene forteller historiene sine til hjemmesykepleierne når det har gått en tid, og det føles trygt å dele historiene med hjelperne.

En informant fortalte at de i perioder hadde blitt nektet å komme inn for å hjelpe en dement, alkoholavhengig mann, fordi samboeren forsøkte å skjule eget alkoholbruk. Informant (1):

”Der kunne det være litt problemer i perioder - både for å komme inn å hjelpe, og gjøre den jobben vi følte at vi skulle. Det var liksom de stengte av.”

Slike situasjoner skaper utfordringer for hjemmetjenesten, fordi samarbeidet med pårørende er så essensielt. Særlig gjelder dette i de tilfellene der pasienten ikke er i stand til å ta vare på seg selv, og partnere eller andre pårørende er heller ikke i stand til eller villig til å hjelpe, på grunn av egne rusproblemer. Informanten sa de kommer i et etisk dilemma i forhold til hvor mye de kan trenge seg på.

- Rusmiddelbruk som årsak til somatisk sykdom

Informantene relaterte en del sykdommer direkte til rusmiddelbruk. Flere av dem hadde erfart at slik sykdom utvikles i yngre alder hos rusmiddelbrukende pasienter, og alkoholdemens, hjerte/kar-, lever-, lunge-, nyre- og nervesykdom er mest vanlig. Informant (6) sa at alkohol gir de tydeligste helseskadene, men at det kan gå mange år før det utvikler seg til alvorlig sykdom.

”Jeg har merket meg at om du begynner å drikke i tjuårene og drikker stødig og helst hver dag, så vil du ha helse som en nittiåring i slutten av sekstiårene. Du er kroppslig ferdig 25 år før tiden.”

Flere informanter sa at skader og uhell som eldre pasienter kommer ut for, ofte kan være en konsekvens av alkohol- eller medikamentbruk. De kjente til pasienter som var blitt behandlet på legevakt eller sykehus på grunn av dette. Informant (2):

”Vi opplever en del fall og skader fordi rusen er så stor at de ikke klarer å holde seg på beina.”

Møte med rusmiddelbrukende pasienter

Dette underkapittelet er også knyttet til forskningsspørsmål to, og informantene beskriver her hvordan de opplever møtene med rusmiddelbrukende pasienter og hvilke utfordringer dette gir dem. Informantene presenterer også hvordan de selv og kolleger håndterer ulike problemområder relatert til rusmiddelbruk i pleie- og omsorgstjenestene.

- Utrygghet og negative holdninger

En informant sa at hun likte godt å jobbe med rusmiddelavhengige, men mente det var fordommer mot pasientgruppen blant kollegene hennes. Hun hadde et sterkt ønske om å hjelpe, og mente at flere av kollegene måtte endre fokus. Hun sa det er en del som vegrer seg for å utføre tjenester til rusmiddelbrukende pasienter, og at de er mer opptatt av om pasientene er påvirket av rusmidler, enn av å gi dem hjelpen de har krav på. Pasienter som har behov for sterke medisiner, blir ofte diskutert og mistenkeliggjort av pleierne. Informant (2):

”De må slutte å fokusere på rusmiddelbruken og heller gjøre det de skal. Det finnes jo folk som går på medisiner som er nødvendig, men som folk begynner å mistenke om at – hvorfor og hva og, ja – som faktisk ikke har noe med saken å gjøre.”

Flere informanter mente en del kolleger mangler kompetanse på å skille rus og annen sykdom, og at de derfor bekymrer seg unødige for å gå til disse pasientene. Informant (2) mente det bare er en myte at rusmiddelbrukende pasienter er mer truende enn andre pasienter:

”Det er vanskelig å få det til, for de tror det skal oppstå voldelige episoder. Men det er ikke vold eller utagering her, som hos andre grupper, som er sterkere og står mer på krava. Det er jo den gruppen som er mest ydmyke, som du når lengst inn til dersom du bare åpner opp øynene og gidder å bry deg.”

En informant mente at alkohol er mest kjent og akseptert i personalgruppen, mens det er mer motstand mot illegale rusmidler. Det ble tydelig for noen år siden, når hjemmetjenesten begynte å gå til pasienter i en bolig der det bor mange rusmiddelavhengige. De ansatte var redde for at pasientene kunne smitte dem med hiv og hepatitt, og de bekymret seg også for at de kunne være utagerende. Helt fra starten ble det derfor ”naturlig” at det var de mannlige sykepleierne som gikk til disse pasientene. Flere av informantene har jobbet mye med rus og psykiatri de siste årene, men de har ikke følt seg direkte truet. De sa at skepsisen blant kollegene deres har avtatt etter hvert som alle har fått mer erfaring med rusproblematikk. Informant (7):

”Mange (kvinner) var redd og engstelig, for de tenkte på at disse her var jo selvfølgelig skumle folk og de går med kniv og skytevåpen og er kriminelle. Det var jo

noe ukjent, og da er du jo litt skeptisk til det. Men nå har det gått seg til.”

Halvparten av informantene fra hjemmetjenesten sa de følte det utrygt å gå til pasienter som er påvirket av rusmidler, og at det kan være spesielt ubehagelig når pasientene har besøk av andre rusmiddelbrukere. Informantene kommer oftere i vanskelige situasjoner i helger, på kveldsvakter og om nettene, fordi pasientene oftest er mest ruspåvirket da. Da er det også færre på jobb. Informant (1):

”Det er jo ofte sånn når du jobber helg og kveld du kommer ut for sånne spesielle situasjoner, som det kan være rus og sånt inni bildet. Mer enn gjerne en vanlig ordinær tidligvakt.”

Informant (4):

”Følelsen av utrygghet når du kom inn til flere fulle menn. Føler at folk forandrer seg når de er fulle, og ja, hva kan skje. Det føles ubehagelig.”

Informant (8) sa at de yngre rusmiddelbrukerne er mest utfordrende både fysisk og verbalt. De er medikamentkrevende, har sterkere reaksjoner og er mer desperate etter rusmidler.

”Det kan være ganske tøft innimellom. Det er ingen hemmelighet, det.”

Informant (3) mente det er forskjell på damer som misbruker tabletter og menn som drikker.

”Ja, det er for så vidt lettere å håndtere de gamle damene, da. De er mindre fysisk truende i alle fall.”

Flere av informantene sa de har vært i noen vanskelige situasjoner. Det har blant annet vært pasienter som er så kraftig ruset at det kan være livstruende. I slike situasjoner, må en vurdere om det er forsvarlig å dele ut medisiner. En informant beskrev en situasjon der en pasient var blitt slått ned etter en ”fyllekrangel”, men ikke hadde ønsket at det ble tatt kontakt med legevakt eller politi. Slike hendelser er problematiske, fordi en står overfor både etiske og faglige dilemma, i forhold til hvordan en skal håndtere det.

- Å håndtere rus

Noen informanter mente at sykepleiere har en del kompetanse i forhold til å se rusmiddelbruken ”bak” pasientenes andre lidelser, og det gjør det lettere å skille mellom bruk og misbruk av alkohol og medisiner. De mente det er viktig å definere hva som er problemfylt bruk. Flere informanter har erfart at kolleger, eksempelvis hjelpepleiere og assistenter, mangler slik kompetanse. Om en ikke klarer å avdekke rusen, kan pasientenes problemer forbli skjulte. Mange pasienter har psykiske problemer i tillegg til rusproblemene.

De trenger ro og trygghet rundt seg, men samtidig må en også våge å være tydelig og sette grenser. Informant (3) mente det er kompliserende når personalet ikke har kompetanse, og sa at sykepleierkompetansen gir henne trygghet:

”En ser lettere de psykiske problemene, mens ufaglærte ser en full, truende mann. Det kan forverre situasjonen. Personalet blir redde når de føler seg truet, uten at pasienten nødvendigvis er farlig. Det fører til mer stress og er en påkjenning for personalet.”

Informant (2) mente at manglende kjennskap til pasienters rusmiddelbruk kan føre til unødvendige sykehusinnleggelses:

Det er jo viktig at en vet om det, sånn at folk som går inn der ikke tror at det er noe alvorlig galt med pasienten. Vi kan ikke legge inn folk fordi de er fulle. Det har vi faktisk gjort. Vi hadde en dame som vi ikke visste drakk, og så en dag var hun ikke kontaktbar. Vi trodde det var slag eller andre ting, og så får vi beskjed om at hun må sove ut rusen hjemme. Det var jo ikke noe sjakktrekk.”

Pasienter som er ruspåvirket kan skape uforutsigbare situasjoner for de ansatte i avdelingene, og legge beslag på mange personalressurser. Annet personale ”lener” seg til sykepleierne, som er den personalgruppen som oftest må håndtere episoder knyttet til rus. Da blir en allerede marginal ressurs opptatt med å skjerme og følge opp rusete pasienter eller pårørende som er på besøk. Slike situasjoner skaper frustrasjon og travelhet, som noen ganger har utviklet seg til negative reaksjoner i arbeidsmiljøet. Informant (3) mente dette er hendelser som alle ansatte kan løse, dersom de er trygge nok til å håndtere dem.

”Vi hadde en der det var alkoholmisbruk i hele familien. Der både pårørende og pasienten hadde misbrukt alkohol. Det var et stort problem at pårørende - det var døtre hovedsakelig - som var ruset. Det er ikke noe bra når det står pårørende som er så fulle at de må holde seg fast i veggen foran de andre beboerne, og skjeller ut personalet ganske grovt og kraftig, umotivert og.....usjarmerende ting som foregår der. Jeg var borte og ble skjelt ut et par ganger. Det var mange som følte det var ubehagelig. Og da kommer gjerne de ufaglærte eller de andre som er på jobb, de går gjerne og gjemmer seg bak sykepleieren som er på jobb. Da blir man igjen trukket vekk fra der man egentlig burde vært, for å ta tak i noe som egentlig ikke burde være noe problem.”

- Manglende dokumentasjon og samhandling

Flere informanter sa det ofte er mangelfull dokumentasjon om pasienter som kommer inn i tjenestene, og dette medfører at viktig informasjon aldri når dem. Det er kompliserende når det ikke gis informasjon om hvilke medisiner pasientene har stått på før innleggelse. Dette kan få konsekvenser for behandlingen, spesielt overfor pasienter som har hatt et høyt forbruk av vanedannende medikamenter. På grunn av toleranseøkning, får ikke pasientene forventet

effekt av en vanlig dosering. Dette skaper problemer i forhold til å finne fram til rett medisin og mengde. For pasienter som legges inn i institusjon uten at en kjenner til det høye forbruket, er det risiko for at pasientens helsetilstand forverres, og en kommer i fare for å gi medisiner som kan gi uhensiktsmessige effekter. Informant (5)

”Når beroligende medisiner ikke gir forventet effekt, og en forstår først i ettertid at det skyldes et høyt forbruk. Og så har man feilbehandlet pasienten. Du føler deg litt sånn, ja, du har ikke peilingen.”

Det er vanlig at pasienter flytter inn på sykehjem etter sykehusopphold, uten at det følger med utfyllende dokumentasjon. Informant (5):

”Litt av minuset er at vi føler vi vet for lite om pasienten. Det er veldig tynne journaler. Det blir jo litt sånn at det går på antagelser om de har brukt noen tabletter før de kommer inn, og vi vet ikke helt omfanget. Det samme med alkohol også.”

En informant mente det bør gis bedre opplæring i det elektroniske journalsystemet. Når ansatte ikke har kjennskap til hvordan en finner opplysninger om pasientene, kan det føre til at man ikke har nok informasjon om dem. Informant (4):

”Vi har en her som er 51 år og som sitter i rullestol, men jeg vet ikke om det er snakk om alkohol, for jeg har ikke lest journalen hans.”

Flere informanter kjente til pasienter som har fått foreskrevet vanedannende medikamenter i årevis, uten at de har vært tilstrekkelig oppfølging av lege. Dette er pasienter som sjelden er til kontroll hos lege, og medisinerne blir foreskrevet over telefon. Det gir lite kontroll over medikamentbruken, med risiko for at de blir overmedisinert. En informant mente at langvarige lege/pasient relasjoner ikke alltid er positivt. Noen ganger kan det føre til at legen mister oversikten over pasientens helsetilstand. Informant (8):

”De skriver gjerne ut, uten at de (pasienten) er i stand til å komme ned der (legekontoret). Og de har gjerne kjent de veldig lenge og. Ofte står de på de samme medikamentene i evigheter. Det er jo en fordel med et personlig forhold, men ikke alltid en fordel heller”

En informant mente at samarbeidet mellom ulike tjenester er for dårlig, og at det bør være bedre rutiner for nedtrapping på medikamenter. Sykepleiere har ansvar for å melde fra til lege når de oppdager at pasienter står på medisiner de ikke har behov for lenger, men det blir ikke alltid gjort. Informanten nevnte eksempler på pasienter som har stått på smertestillende medikamenter i årevis etter kirurgiske inngrep. Hun hadde også erfart at når hun meldte fra til lege om dette, ble medisineren avsluttet uten nedtrapping. Informant (2):

”Ja, når man oppdager at en person står på vanedannende medikamenter som ikke er

nødvendig, at man bør ha en nedtrappingsplan i stedet for å kutte det rett ut. For det kan umulig være bra for kropp og sjel.”

Informantene trakk fram ulike problemstillinger i forhold til pasienter som har vært innlagt i sykehus eller sykehjem. Medisinering blir ofte redusert eller avsluttet når pasienter får avlastningsplass. De klarer seg bra uten medisin så lenge de får godt stell og har andre mennesker rundt seg. Når enslige pasientene så drar hjem igjen til egen bolig, har de ikke lenger tilgang på medisinen de har vært vant til å bruke, når de har hatt det vanskelig. Noen velger da å erstatte medikamentene med alkohol, og noen øker alkoholkonsumet i forhold til hva det var før innleggelse. Ofte skyldes dette dårlig samarbeid mellom lege, institusjon og hjemmetjeneste. Informant (8) mente at epikriser/utskrivningsnotat etter sykehusopphold kommer for sent til de oppfølgende tjenestene, og derfor klarer de heller ikke å følge opp pasientene på en god måte.

”Og så kommer de hjem igjen og så er det et kjempeproblem... da har de bare seg selv og står på ingenting. Og da går de gjerne på alkohol i stedet, eller bruker av oppsparte medisiner.det er veldig lite system på det. Hver lege på hver sin institusjon kjører sitt eget løp, og fastlegen får ikke vite om det engang.”

- Etiske dilemma ved alkoholserving

Alle informantene som jobbet i sykehjem, sa det blir servert alkohol til pasientene. Dette blir håndtert litt forskjellig på de ulike institusjonene. Noen avdelinger serverer alkohol i hovedsak i tilknytning til store høytider, mens andre steder blir det servert et glass eller to om kvelden når pasientene ønsker det. Informant (3):

”Det er vel nesten litt for lite av det. Vi skulle ønske de litt oftere kunne få det. Et lite glass rødvin om lørdagskvelden. Jeg synes at når de er bikket 90 år så må de nesten kunne få et glass rødvin hvis de ønsker det, eller portvin eller sherry eller hva de nå enn vil ha.....men det er jo ved mer sånn normal bruk - ikke problematisk alkoholbruk det er snakk om.”

Flere informanter mente det er gamle holdninger som henger igjen, og at dagens sykehjem ikke har justert seg mot det de oppfattet som vanlig norsk alkoholkultur. En informant (6) mente det er en ”snever” kultur i forhold til hvordan en håndterer alkoholbruk blant pasienter i sykehjem.

”Det er verken budsjett eller kultur for å kjøpe alkohol til sykehjempasienter. Jeg synes det skal være god og tilpasset drikke til god mat - det hører sammen.”

Noen informanter hadde erfart at pasienter som tidligere har hatt alkoholproblemer blir urolige når det serveres alkohol på avdelingen. Informant (5):

”Så har du noen da, som med en gang at de aner at det er noe på gang, så er de helt

med. Og vi sier de gjerne kan få ett par glass og sånn, men da er problemet etterpå. De går og leter, blir veldig urolige, og da er problemstillingen – hva skal du gjøre – skal du la være å gi dem i det hele tatt?”

Noen steder hadde personalgruppen diskutert hvordan en kunne håndtere dette. Det var noe uenighet i forhold til om en har anledning til å nekte å servere alkohol til pasienter som tidligere har hatt alkoholproblemer. En avdeling hadde løst dette problemet ved å sjelden servere alkohol til pasientene, og i stedet tilby alkoholfri vin. Informant (5):

”Den syns jeg ofte er vanskelig..., det er jo ikke vi som bestemmer, så de har egentlig lov til å gjøre som de vil. De er ikke på tvang.”

Informantene fra hjemmetjenesten sa de hadde fått retningslinjer om at ansatte ikke skal kjøpe alkohol til tjenestemottakerne. Slik var det ikke tidligere. Noen syntes det er problematisk når pasienter spør om hjelp til å kjøpe alkohol, eller når de følger pasienter til butikken og de handler øl selv. En informant (7) syntes regelen om å ikke kjøpe alkohol til pasientene var klargjørende, slik at alle forespørsler kan praktiseres likt.

”Det kommer ikke inn under nødvendig helsehjelp, og derfor er det uproblematisk å forholde seg til retningslinjene.”

De fleste informantene fra hjemmetjenesten sa de gjerne serverer et glass vin eller en øl når pasientene ønsker det. De mente imidlertid det er viktig å vurdere om pasienten har kontroll over alkoholbruken. Dette begrunnet de med at det er økt helserisiko når en blander alkohol og noen typer medikamenter. En informant sa hun i utgangspunktet ikke ønsker å gi alkohol til pasienter med alkoholproblemer, men etter at hun hadde besøkt et sykehjem i Danmark som har en mer liberal holdning i forhold til å servere alkohol til rusmiddelavhengige, var hun blitt mer usikker på hvordan hun selv ønsker å håndtere det. Informant (2):

”Jeg er litt i tenkeboksen - hvor mye makt man skal bruke på folk som bor hjemme.”

- Ressurskrevende og sammensatt problematikk

Noen informanter fra hjemmetjenesten sa at jobben hadde endret seg for noen år siden, når de begynte å følge opp pasienter i et tiltak for bostedsløse. I denne boligen har pasientene behov for annen og mer omfattende hjelp enn det tjenesten tidligere har vært vant med. Flere informanter mente rusmiddelavhengige ikke er som andre pasienter, fordi fokuset deres på rusmidler ofte overskygger de andre hjelpebehovene. Det er lettere å hjelpe pasienter med somatiske problemstillinger, der en i større grad kan følge en prosedyre. Informant (7):

”Ofte blir praten vinklet på deres behov for rusmidler, for det overskygger all annen behandling, det er det som teller. Det er det som blir problematikken, og de er ikke så

nøye med hvordan andre ting skjer. De er gjerne ikke så nøye med hva de egentlig gjør med seg selv, og da er det mye vanskeligere å samarbeide med dem, hvis en kan si det. For det går liksom ikke inn, fordi fokuset er på rusmiddelet.”

Informantene etterlyste behandlings- og oppfølgingstilbud for eldre. Flere informanter kjente til ruspasienter som var blitt utskrevet fra psykisk helsevern, basert på at de ikke lenger ble definert å ha nytte av spesialistbehandlingen. Fordi pasientene ofte har en somatisk tilleggslidelse, blir de overført til hjemmetjeneste eller sykehjem, som må håndtere både den somatiske sykdommen, de psykiske plagene og rusproblemene. Informant (8):

”Det er vanskelig å hjelpe på en god måte. Eldre får ikke behandling. De ender opp hos hjemmesykepleien som har mest fokus på somatikk, og lite tid og kompetanse på samtale, som pasientene gjerne vil ha.”

De fleste informantene savnet et helhetlig tilbud, som ikke skiller på diagnose og problematikk. Informant (2) mente det er viktig å kartlegge årsaken til rusmiddelbruken, og at det vil øke mulighetene for å hjelpe eldre rusmiddelbrukere:

”Det er viktig å finne ut om problemene er kommet på grunn av alkohol eller tabletter eller omvendt og behandle deretter. Vi må ikke overse rusmiddelbruken. I eldreomsorgen er det muligheter. For du kan faktisk gjøre dramatiske endringer med medikamentering og slikt. Utfordringen er å få det til å fungere. Det som er så frustrerende, er jo det at du ikke har tid til å snakke med dem, og det finnes ingen tilbud. Vi kan ikke sende dem videre på noen måte. Jeg føler at vi ikke har noen steder eller tjenester å tilby dem når de bor hjemme.”

Kartlegging og diagnostisering ble nevnt av flere som nyttig tilnærming til problematikken, men ingen kjente til at det ble gjort. Flere informanter mente demensteamene som er opprettet i noen bydeler, er et godt tilbud og en hensiktsmessig modell for å kartlegge og foreslå tiltak overfor eldre pasienter. En slik modell kan også brukes for å kartlegge rusrelatert demens.

Fordi rusmiddelbrukere generelt er yngre enn andre tjenestemottakere, mente flere informanter at bolig og aktivitetstilbud må tilpasses pasientenes alder og behov.

Informant (3):

”På sykehjemsavdelingene er det veldig mange, veldig gamle, veldig syke, gjerne ganske demente. Så det føles kanskje litt bedre for dem (ruspasientene) å omgås folk som er mer jevnaldrende.”

Informant (6):

”Jeg tror det av flere grunner kan være klokt å dele det litt opp. At det ikke er bare like gøy å gå oppi folk som gjerne er tretti år eldre. Det ser du jo ofte. Spesielt når det

gjelder demens, og det kan jo ramme ganske tidlig. En kan jo bli syk allerede i femtiårene, og så skal du være på sykehjem med en haug med nittiåringer. Det er noe der og.”

I kommunen hvor denne studien ble gjennomført, er det etablert en sykehjemsavdeling for pasienter med følgeskader etter rusmiddelbruk. Den avdelingen kjente de fleste informantene til. De mente det er et bra tilbud, men det er uheldig at avdelingen er plassert i en gammel bygning som ikke er tilrettelagt for pasienter som må ha hjelp til stell eller som bruker rullestol. Informant (3):

”At det kommer egne botilbud er et bra tiltak, men det bør tilrettelegges slik at når en først har fått plass der, må det være mulig å bo der livet ut.”

Flere informanter mente at pasienter med rusdemens har et annet sykdomsbilde, enn pasienter med andre demensdiagnoser. De kan være mer veltalende/konfabulerende og er vanskeligere å roe ned. En informant var ansatt i en avdeling der pasientene har både somatiske, psykiske og rusrelaterte lidelser. Hun mente de kunne gi et bedre tilbud om det kun var rus-/psykiatripasienter der. Det muliggjør et mer entydig og spisset fokus. Noen av pasientene har en avvikende atferd, som oppleves upassende både av medpasienter og pårørende. Informanten hadde erfart at kvinnelige medpasienter kan oppleve det særlig støtende, og mente derfor at slike avdelingen bør være kjønnsdelte.

Informantene hadde sprikende meninger om spesialavdelinger på sykehjem vil kreve mer personale. En informant mente at ruspasientene krever mindre ressurser til stell, enn det som er vanlig i en sykehjemsavdeling, fordi de er yngre og mindre pleietrengende. En annen informant mente derimot at ruspasientene trenger tettere oppfølging og mer personale rundt seg. Hun jobbet i en avdeling som hadde fått mer bemanning i forbindelse med at en pasient med omfattende rus- og psykiatriproblematikk fikk plass der. Flere ansatte skapte mer ro i avdelingen, og samarbeidet mellom ansatte ble bedre. Alt i alt hadde dette en positiv effekt overfor alle pasientene i avdelingen.

En informant fra hjemmetjenesten hadde erfart at kvinnelige og mannlige tjenestemottakere kan ha ulike aktivitetsbehov. Eksempelvis er dagsentertilbud, slik de vanligvis er organisert, preget av håndarbeidsaktiviteter og sang, og derfor mest tilrettelagt for kvinner. Spesielt enslige menn trives dårlig der, og slutter ofte å bruke tilbudet. Når menn opplever å ikke ha aktivitetstilbud, blir ensomheten hjemme forsterket, og fører ofte til økt bruk av alkohol og

medikamenter. Informant (8)

”Jeg tror for den generasjonen der, så må de heller prøve å samle menn sammen med menn, så de kan sitte og prate om det de har lyst til å prate om. Det er ikke sikkert at det trengs noe mer enn det.”

En informant hadde erfart at samhandlingen rundt de unge ruspasientene er blitt bedre de siste årene, blant annet ved at hjemmetjenesten nå deltar i ansvarsgrupper⁶. Det har vist resultater ved at det er blitt mer kontroll over pasientenes medikamentbruk. Dette ble nevnt som eksempel på at det er mulig å få til samhandling, og er en modell som også kan tilbys eldre pasienter. Informant (8):

”Vi er mye mer inne i bildet nå, og de (andre instanser) er mye flinkere til å kontakte oss, for at vi kan lage et opplegg der vi går inn og gir medisiner. Vi er mye mer inne og vi blir mer innkalt til møter og sånt.”

Læringsmuligheter i pleie- og omsorgstjenestene

Dette underkapittelet belyser det tredje forskningsspørsmålet. Informantene forteller her hvordan ansatte i pleie- og omsorgstjenestene samarbeider og deler erfaringer. Videre blir det fokusert på ansattes kompetansebehov og på hvilke muligheter de har for å lære om rusrelaterte problemstillinger i arbeidet sitt.

Samarbeid og samhandling

Alle informantene sa det er miljø for å dele på oppgaver, og at de ansatte hjelper hverandre når det er nødvendig. Psykisk belastende oppgaver, som eksempelvis rusmiddelbrukende pasienter, vektlegges like mye som fysisk tunge pleieoppgaver. Informantene fra hjemmetjenesten jobber mest alene, fordi det faller naturlig. Dersom de har pasienter som er tunge å håndtere, eller noen føler seg usikker eller utrygg, jobber man i lag. Det er lav terskel for å be om hjelp fra kolleger. Informant (7):

”Det gjøres fortløpende, hvis vi ser at atferden ikke er helt god, da er det mulig å gjøre om det på timen, på lik linje som du gjør med andre pasienter som ikke har et rusproblem. Og da er det ikke på grunn av den fysiske belastningen, da er det gjerne den psykiske belastningen, samt trusler og den type ting som gjør at en velger å gå to.”

Informantene fra sykehjem opplever i større grad enn i hjemmetjenesten, at det mangler

⁶ Ansvarsgruppe er en form for samhandling som er ment å sikre tverrfaglig samarbeid, informasjonsflyt og koordinerte tjenester, der deltakerne er fastere forpliktet enn om de ulike tjenesteyterne kun kontaktes ved behov. Gruppen møtes til faste intervaller eller etter avtale underveis (www.helsekompetanse.no, 2010).

sykepleierkompetanse i avdelingen. Manglende sykepleierdekning er ofte årsak til at en opplever at en jobber alene. Informant (3):

”Det er både og. En del blir jeg jo alene. Men selvfølgelig, er det andre sykepleiere på jobb, så deler man det gjerne.”

Rapport eller overlappingsmøter ble av mange informanter nevnt som en arena for samtaler mellom kolleger, for utveksling av informasjon og for å fordele arbeidsoppgaver. De tradisjonelle rapportene oppleves å være viktige for å skape gode arbeidsmiljø, og flere avdelinger har argumentert for å beholde dem, til tross for at ledelsen vil innføre stille rapport. Informant (8):

”Vi har tviholdt på rapporten på grunn av at vi vil beholde miljøet, og for at vi skal kunne snakke sammen – og vi føler det blir mer effektivt likevel.”

Informant (4) jobbet i en avdeling som har innført stille rapport. Der er det lite anledning til å sitte ned og prate sammen:

”Vi setter oss vel ned etter at alle har fått frokost, så sitter vi en liten stund. Det er nå stort sett da vi gjør det. Og så prøver vi å få til en fredagslunsj. Ikke alltid, men..... ”

En av informantene som jobbet på sykehjem, sa de er bevisste på å gå ut av avdelingen og spise lunsj sammen. Det ble mulig etter at de fikk økt bemanning. Det gir dem anledning til å snakke sammen, uten at pasientene hører på eller blander seg i samtale. Andre informanter sa at de snakker med kolleger når de treffer på dem utover i vekten, i pausene eller mer tilfeldig. Informant (3):

”Det er stort sett anledning til å sette seg ned. Selvfølgelig, noen dager er det jo travelt, og så må man jo vente til man har gjort det man holder på med, så...stort sett er ikke det noe problem.”

Rom for refleksjon

Alle informantene sa det betyr mye å ha gode kolleger, og de fleste mente de har et godt arbeidsmiljø. Det mente det er kultur på arbeidsplassen for å reflektere over arbeidsoppgaver, og de prøver å ta seg tid til å gjøre det. Informant 7:

”Refleksjon – det gjør vi jo og fortløpende, når vi snakker med hverandre og. en tar opp saker når de er aktuelle. Interessant det med refleksjon, for det hadde vi under utdanning og. Hva er refleksjon for noe? Men det gjør du egentlig hele tiden. Det er jo bare det at ordet virker så fremmed. Man har jo da en god og åpen tone, og en føler en kan åpne seg og snakke om egne tanker og følelser og egen situasjon i arbeidet. Og sammen med de andre så oppstår det en refleksjon. Og da blir det diskusjon og refleksjon og utveksling av erfaring og tanker og meninger. Og det er vel det som kjennetegner at du har et godt arbeidsmiljø.”

Informant (1):

”Det er litt forskjellig – i perioder er det travelt og andre ganger mer rolig. Det er alt etter hvilke brukere vi har, men det er alltid knapt med tid. Men det er kultur for å sette seg ned å reflektere dersom det er noe....Og vi har jo veldig fin kommunikasjon oss i mellom, og hvis det er erfaringer vi har med noe som vi har opplevd ute, som vi synes enten har vært vanskelig eller som det er greit for andre å vite, så har vi alle en veldig fin dialog.”

De fleste informantene kan spørre lederen sin om hjelp når de har behov for det. Noen sa de reflekterer med kolleger uavhengig av hvilken profesjon de tilhører, mens andre søker bevisst etter kolleger med sykepleierkompetanse. At personalet har jobbet sammen over tid, er medvirkende til å skape kultur for refleksjon. Informant (6):

”Det skjer i hvert fall ukentlig. Jeg oppsøker de andre lyse hodene på huset, eller min egen sjef. Da løfter vi opp hva vi gjør her – hva vi gjør galt og hva vi kan gjøre. ... Det er på en måte et uformelt nettverk blant sykepleierne.”

Informant (5) sa de har en spesielt utfordrende pasient som de har reflektert en del rundt. Informanten mente refleksjon gir større utbytte, enn å søke etter teoretisk kunnskap. Psykiatri og rus har utfordret dem på en ny måte, og derfor er det svært nyttig å reflektere over hvordan en løser arbeidsoppgavene.

”Klart du får litt når du leser i bøker, men det er så teoretisk. Det er noe med å få det litt sånn praktisk rettet. Vi som jobber på sykehjem er jo vant med somatikken, alt dette med hygienen, sant. Vi synes jo det er helt tragisk når de ikke får vasket seg. ... (pasienten), har ikke dusjet siden han kom inn for et halvt år siden. Og så er jo det helt – og det er jo psykiatri. Så det å få litt refleksjon...”

Veiledning

Alle informantene mente at opplæring og veiledning er viktig for å kunne være faglig oppdatert til enhver tid. De mente at systematisk gruppeveiledning kan være et forum for å reflektere over aktuelle problemstillinger, men ingen av informantene hadde tilbud om det.

Informant (2):

”Det hadde vært stort med veiledning. Det vil jo hjelpe meg i veldig mye, i stedet for å hele tiden måtte finne ut av tingene selv. Og at ting blir gjort likt.”

Flere informanter mente at jobben på sykehjem er utfordrende, fordi en mer enn før har fått ansvar for alvorlig syke pasienter. Tidligere var det mer vanlig at alvorlig syke og døende pasienter ble overført til sykehus. I dag er det færre slike overføringer, og kompleksiteten på sykehjem er ikke lenger så forskjellig fra det den er på sykehus. Informant (6) hadde tidligere jobbet i spesialisthelsetjenesten, og mente opplæring og veiledning er mer vektlagt der.

”Det var veldig, veldig greit å ha veiledning. Det er så deilig når du står midt oppi det å få rede på at dette kunne du gjort annerledes, dette var utenfor din rekkevidde, du kunne ikke gjøre noe. Kanskje spesielt den der siste kunne være kjekk å høre, når du har kavet sånn på det verste.”

En informant hadde fått spesifikk veiledning knyttet opp mot en krevende pasient med rus- og psykiatriproblematikk. Avdelingen ble veiledet av en ansatt ved en psykiatrisk poliklinikk, som først samtaler med pasienten, og deretter får personalgruppen anledning til å drøfte aktuelle problemstillinger rundt denne pasienten med ”spesialisten”. Dette er veiledning som de ansatte synes er svært nyttig og kan brukes i andre sammenhenger, fordi det har bodd mange pasienter med rus- og psykiske lidelser på dette sykehjemmet de siste årene. De andre informantene får veiledning mer ved behov, enten av leder eller av kolleger som har erfaring med problemstillingene som de tar opp. Informant (6):

”Ja, der er vi helt ad hoc – når jeg syns noe er trøblete, så kan jeg følge linjen her via min avdelingsleder, eller jeg går til styrer eller fagkonsulent eller hva jeg nå måtte finne ut egnet seg best til å veilede meg akkurat her og nå. Det styrer jeg på en måte sånn som jeg vil.”

Kompetansehevende tiltak

De fleste informantene mente de holder seg oppdatert ved å delta på kurs og ved å lære av kolleger. Det er sjelden anledning til å fordype seg i tema som det er blitt forelest om på kurs de har deltatt på. Derfor er erfaringene de får gjennom samhandling med kolleger svært verdifull. Informant (3):

”....,fordi en glemmer fort det en har lært på kurs. Hvis det er travelt og hektisk, og så er dagen gått, og så har en ikke fått tid allikevel. Det er jo ikke uvanlig.”

Informant (8):

”Jeg har jobbet lenge og vi har ulike erfaringer. Når man deler de med hverandre lærer en mye. Tror at sånn som vi gjør det her, så kan man få mye. Åpenhet og takhøyde for å spørre og dele.”

Noen informanter holder seg oppdatert og innhenter ny kunnskap ved å søke etter informasjon på egenhånd. Noen har fått definert tid til administrative oppgaver og fagutvikling i stillingen. Ofte blir studietiden nedprioritert, fordi administrative oppgaver blir vurdert å være viktigere. Da blir det ikke anledning til å lese fag i arbeidstiden. Informant (3):

”Så må man gjerne lete opp informasjon hvis man kommer over nye ting, for det vil jo alltid komme inn pasienter med nye problemstillinger.”

Informant (7)

”Det går jo selvfølgelig an å lese seg opp. Det er jo mye litteratur på hvert fagområde. Men da må en bruke fritiden sin for å gjøre det. Og med turnus og småbarn og en annen som du bor med som jobber turnus, så blir ikke det aktuelt.”

De fleste informantene sa at kompetanse er viktig i møte med rusmiddelbrukende pasienter i pleie- og omsorgstjenestene. Pasientene har ofte komplekse sykdommer og det er mye dobbeltdiagnoseproblematikk⁷. For å kunne gi kvalifisert hjelp, er det nødvendig med spesialkompetanse. En informant mente at de som jobber med denne pasientgruppen bør ha relevant videreutdanning samt systematisk veiledning. Hun antok at spesialavdelinger for ruspasienter vil være mer attraktive arbeidsplasser for sykepleiere med videreutdanning, enn det en vanlig sykehjemsavdeling vil være, og derfor lettere å rekruttere til. Nå har sykehjemmet problemer med å få ansatt kvalifiserte sykepleiere. En annen informant mente det er ansatt for mange assistenter, som ikke er kvalifisert til å takle utfordringene de møter i sykehjem. Informant (1) mente fagmiljøet er blitt bedre etter at alle sykepleierstillingene ble besatt:

”Det har vært perioder det har vært vanskelig å få søkere, men nå har vi vel fullt opp, tror jeg. Og det gjør det jo litt mer spennende å jobbe, for da har du litt mer sånn faglig.”

Ønske om ruskompetanse

Flere informanter ønsket å heve den generelle kompetansen på rus. Informant (8):

”Vi trenger mer kunnskap om medikamenter, fordi denne gruppen står på så mye forskjellig. Og på behandling og hvilken rolle vi har der. Vite mer om behandlingsmuligheter. De yngre har jo mer tilbud, men de eldre er det veldig vanskelig med.”

For å få dette til, mente informantene at det må settes av nok tid. Videre må det planlegges og tilrettelegges slik at ansatte kan delta. Informantene hadde ulike meninger om hvordan kompetansen på rusfaglige tema kan bli bedre. Noen mente det først og fremst er nødvendig å endre holdninger. Andre informanter mente det er viktig å få undervisning som er relevant for pleie- og omsorgstjenesten. Konkrete ønsker som informantene presenterte, er mer generell kunnskap om rusmidler og vanedannende medikamenter. Videre er dobbeltdiagnoseproblematikk et aktuelt tema som de ønsker kompetanse på.

⁷ Dobbeldiagnose er en mer avgrenset betegnelse enn komorbiditet, og betyr samtidig tilstedeværelse av misbruk/avhengighet og enten en av de psykiatriske diagnosene som ofte domineres av tilbakevendende psykotiske forestillinger av lengre varighet eller en alvorlig personlighetsforstyrrelse dominert av uttalte forstyrrelser i kontakten med andre mennesker (forebygging.no, 2010).

Noen informanter mente det er viktig at samarbeidet mellom ulike instanser blir bedre, og at det kommer tydeligere avklaringer på hvilke tjenester det forventes at kommunal sektor skal håndtere. Nå opplever de at pleie- og omsorgstjenestene har lite fokus på pasientenes rusproblemer, selv om de prøver å gi støttesamtaler når det er anledning til det. Informantene uttrykte behov for at det etableres behandlingstilbud til eldre rusmiddelbrukere, men de var lite konkrete på innhold og organisering. En informant mente at rusproblematikk ikke er så spesielt i forhold til andre problemer, og at generell sykepleierkompetanse ofte er tilstrekkelig, men presiserte samtidig at en i tillegg må ha både personlige egenskaper og interesse for dette fagfeltet, for å kunne gjøre en god jobb.

Dersom det skulle bli aktuelt med russpesifikke kompetansehevende tiltak, ønsket flere informanter en undervisningsform der det veksles mellom forelesninger og refleksjon. Noen informanter mente derimot at det er best å videreformidle kunnskap i konkrete situasjoner, fremfor gjennom teoretisk undervisning. Noen foreslo at leder kan invitere fagpersoner til avdelingen eller finne fram til relevante kurs som de kan delta på. Noen informanter ønsker å videreformidle til kolleger det de selv har lært på kurs og videreutdanning. De hadde allerede noe erfaring med å holde internundervisning om tema de hadde spesiell kompetanse på, og ønsket å gjøre mer av det, dersom kunnskapen deres ble anerkjent av ledelsen og de ble oppmuntret til å gjøre det.

En informant mente det er viktig at lederne har kunnskap om rusfeltet, og derfor bør være de første som får opplæring i temaet. En informant trodde ikke lederen hennes anser ruskompetanse som spesielt relevant nå, men forventet at det blir tatt initiativ til kompetansehevende tiltak etter hvert som flere med rusproblemer blir mottakere av kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Oppsummering – intervju med sykepleiere

I denne delen av oppgaven vil jeg oppsummere funn basert på intervju med åtte erfarne sykepleiere i en bykommune i Norge, fire informanter fra hjemmetjeneste og fire informanter fra sykehjem. Det er her gjort en fortetting av de meningsbærende enhetene som er beskrevet tidligere i kapittelet, og jeg har i større grad abstrahert innholdet i informantenes fortellinger. Dette tilsvarer det tredje trinnet i en systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003).

Alle informantene som har deltatt, har erfaring fra sektoren som er blitt studert, om enn i

varierende lengde, og kan betraktes som enten kompetente eller kyndige sykepleiere (Benner, 1984). Ut fra Benner sin teori, er det derfor sannsynlig at de kan beskrive sine erfaringer relatert til studiens tema: rusmiddelbruk blant tjenestemottakere i pleie- og omsorg. De vil også trolig være i stand til å skille utfordringer de har møtt i arbeidet med denne pasientgruppen, fra utfordringer knyttet til andre problemstillinger. Målet med studien er å se på i hvilken grad kommunene er forberedt på "eldrebølgen" av rusmiddelbrukere. Dette er et stort og omfattende tema, og studien er derfor avgrenset til å fokusere på erfaringer, kompetansebehov og læringsmuligheter relatert til rusfaglige spørsmål blant ansatte i pleie- og omsorgstjenestene i en utvalgt kommune.

Studien er delt i tre hovedtema/forskningsspørsmål. Den første delen fokuserer på informantenes opplevelse av eget kunnskapsnivå i rusrelaterte tema. Den andre delen omhandler erfaringer som informantene har fått i møte med eldre som bruker eller har brukt rusmidler, og hvordan pasientenes rusmiddelbruk oppleves og håndteres av tjenestene. Studiens siste del fokuserer på hvilke læringsmuligheter ansatte har i arbeidet sitt på sykehjem eller i hjemmetjeneste/hjemmesykepleie, med spesielt fokus på rusfaglig kompetanse.

Kunnskap om rusrelatert problematikk

Når informantene skulle beskrive egen kunnskap om rus, knyttet de det i stor grad til teoretisk undervisning. Denne oppleves å være mangelfull. I løpet av sykepleierutdanningen var det lite fokus på rusfaglige spørsmål. Gjennom kurs og videreutdanninger som informantene har deltatt på i regi av arbeidsgiver, har rusfeltet aldri vært tema, men med ett unntak. Det kurset var imidlertid lite relevant for arbeidet som sykepleier i pleie og omsorg. Halvparten av informantene hadde i løpet av sykepleierutdanningen hatt ulike typer praksisrelatert kontakt med rusfeltet. Det hadde kommet i stand fordi de selv tok initiativ til det. Dette var enten i form av praksisplass og/eller gjennom oppgaveskriving. Studietiden i rusfeltet ble beskrevet som svært positiv, og alle hadde hatt nytte av denne kunnskapen i møte med rusmiddelbrukende pasienter i pleie- og omsorgstjenestene.

Sykdomsbildet til pasienter som får kommunale hjelpetjenester er blitt mer komplekse, og ansattes behov for opplæring har vært økende de seneste årene. Arbeidsplassene tilrettelegger for en del kurs og videreutdanninger, men det er i liten grad systematisert. Nytteverdien av

kursdeltakelse blir derfor begrenset. Fokus på kurs eller videreutdanning i rus har vært fraværende, og temaet er heller ikke tatt med i interne opplæringsprogram ved de ulike tjenestestedene. Ett tjenestested hadde opprettet en ruskompetansegruppe, med mål om at noen av de ansatte skulle spesialisere seg på dette området. Denne gruppen var i en etableringsfase når studien ble gjennomført, og var ikke kommet i gang med noen konkrete opplæringstiltak. I hovedsak ser det ut til at eldre og rusmiddelbruk ikke er blitt sett i sammenheng i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, selv om noen avdelinger har erkjent at behovet for kunnskap om rus er til stede.

Det ser ut til at opplæring av nyansatte har fått økt fokus i de seneste årene, og er dels satt i system på de fleste enhetene som er representert i studien. Manualer og prosedyrer er utarbeidet, og det brukes sjekklister for å dokumentere at skriftlig materiale er blitt lest. Nyansatte får et bestemt antall opplæringsvakter, eller deltar i en fadderordning, der de følges opp av en kollega over noe lengre tid. Et godt arbeidsmiljø er en fremmede faktor for å kunne gi nyansatte god opplæring. Lite personalressurser, spesielt sykepleiere på sykehjem, ser derimot ut til å være en begrensende faktor i forhold til å få kontinuitet i opplæringen. Å lære av hverandre oppleves som en nyttig måte å bli introdusert til nye arbeidsoppgaver, også i møte med rusmiddelbrukende pasienter, men kan være en metodikk som viderefører negative holdninger.

Oppsummert ser det ut til at sykepleiere i pleie- og omsorgstjenestene har behov for bred kompetanse, men generell opplæring og kompetanseheving er i for liten grad systematisert. Det er ikke iverksatt kompetansehevende tiltak relatert til rus, men en enhet har sett behovet, og er i planleggingsfasen av slikt arbeid.

Erfaring med rusmiddelbrukende eldre tjenestemottakere

Rusmiddelbruk blant tjenestemottakere i pleie- og omsorg er relativt vanlig, og økende. Alle informantene i studien har utført pleie- og omsorgstjenester til pasienter i aktiv rus- og/eller med rusrelaterte problemer. Noen informanter bruker mye av arbeidstiden sin sammen med pasienter som er rusmiddelavhengige. Disse pasientene er ofte påvirket når sykepleierne kommer for å hjelpe dem. Noen informanter er daglig i kontakt med pasienter som har skader og sykdommer som er forårsaket av tidligere rusmiddelbruk. Et mindretall av informantene har begrenset erfaring med slik problematikk. Ruspåvirkete pasienter oppleves som et mindre

problem på sykehjem enn i hjemmetjenestene, men avlastningsavdelinger på sykehjem har relativt ofte pasienter som blir abstinente etter at de er kommet inn i institusjonen. Dette er en følge av at de ikke lenger får sin tilvendte mengde av rusmiddelet de har etablert en avhengighet til.

Rusmiddelbrukende pasienter som får pleie- og omsorgstjenester er gjennomsnittlig yngre enn andre som mottar slike tjenester, og brukere av illegale rusmidler er blant de yngste pasientene. Studien viser at det er et fåtall eldre pasienter med illegal rusproblematikk. Informantene har mest erfaring med alkoholbruk, og det ser ut til at det er flest eldre menn som har problemer med det. Problematisk bruk av vanedannende medikamenter ses i størst grad blant eldre kvinner. Kombinasjonsbruk av alkohol og medikamenter er også relativt vanlig, men det kommer ikke fram tydelige kjønnsforskjeller på det i denne studien. Rusmiddelbrukende pasienter oppleves å være ressurskrevende, de har alvorlige sykdommer og kan ha krevende atferd. Beruselse/aktiv rus skaper en del uforutsigbare og utfordrende situasjoner både for ansatte i tjenestene, for medpasienter i sykehjem og for pårørende som kommer på besøk eller lever sammen med pasienter som ruser seg.

Rusmiddelbrukere får aldringsrelaterte sykdommer i relativt ung alder, og alkohol ser ut til å være en dominerende årsak til ulike somatiske plager og sykdommer. Alkoholrus og medikamentpåvirkning blant eldre fører også relativt hyppig til fall, med påfølgende skader. Dette medfører at mange har behov for akutt hjelp på legevakt eller i sykehus. Mange eldre har hatt rusproblemer over lang tid. Noen av dem får hjelp av kommunen i relativt ung alder, og noen har hatt et langvarig misbruk som ikke er blitt oppdaget, og er derfor kommet seint inn i hjelpeapparatet.

Overdreven rusmiddelbruk blant eldre er mytebefengt og skamfullt, og blir ofte holdt skjult for omgivelsene, enten av pårørende eller av brukerne selv. Dette ser en i størst grad blant kvinner. Mange rusmiddelbrukende eldre er aleneboende. En del pasienter som tidligere i livet har hatt et normalisert forhold til rusmidler, får rusproblemer seint i livet. Dette skyldes ofte ensomhet pga tap av nære pårørende, av nettverk eller av arbeid. Rusproblemene avdekkes ofte når hjemmetjenestene kobles inn på grunn av andre hjelpebehov, eksempelvis etter sykehusinnleggelse eller når pårørende tar kontakt med kommunen. Studien viser også at pasienter ofte får foreskrevet vanedannende medikamenter uten tilstrekkelig oppfølging av

lege. Det er ikke etablert gode rutiner for å hjelpe eldre å trappe ned slik medikamentbruk. Dette er det potensial for å gjøre noe med i pleie- og omsorgssektoren, men da må det settes fokus på problemet og det må etableres rutiner for hvordan det kan håndteres.

Samarbeid mellom ulike hjelpeinstanser for eldre er mangelfull. Involverte tjenester har i liten grad etablert samarbeidsfora, og informasjon/dokumentasjon kommer seint til det neste leddet i behandlingsskjeden (sykehjem eller hjemmetjeneste). Eldre pasienter blir ikke kartlagt i forhold til rusmiddelbruk. Dokumentasjonen som følger med pasienter til inntak i og mellom kommunale pleie- og omsorgstjenester, sier derfor lite om omfanget av og hvilke rusmidler og medisiner som pasientene har brukt tidligere. Både mangelfullt samarbeid og manglende kjennskap til pasientens rushistorie, får konsekvenser for behandlingen som tilbys. Eldre får i liten grad spesialisert rusbehandling i TSB. I de kommunale omsorgstjenestene er det mest fokus på somatikk, og lite tilrettelagt for å hjelpe pasienter med rusproblemer. De ansatte i pleie og omsorg føler de ikke har tid eller kompetanse til å sette seg ned og samtale med pasientene. Derfor får eldre som har rus- og psykiske problemer, mangelfull behandling og oppfølging.

Ansatte som har lite erfaring med rusmiddelbrukende pasienter, ser ut til å inneha negative holdninger og opplever det utrygt å hjelpe dem. Ansatte som har erfaring med pasientgruppen, er derimot i stor grad motiverte og positive til å arbeide med dem, og mener det er mulig å hjelpe. Like fullt beskriver de mange utfordrende situasjoner. Rusmiddelbrukende pasienter oppleves å være krevende å forholde seg til, og ansatte må i ulike sammenhenger håndtere aktiv rus, inkludert overstadig/livstruende beruselse, dobbeltdiagnoseproblematikk og rusrelaterte somatiske lidelser. Sykepleiere er sentrale aktører i dette, og annet pleiepersonale støtter seg ofte til deres fagkunnskap. Kompetanse er en viktig faktor for å avdekke rusmiddelbruk og for å yte tjenester av god kvalitet. Studien viser at sykepleiere i kommunale pleie- og omsorgstjenester bruker mye erfaringsbasert kunnskap om rus. Den har de fått ved å kombinere teoretisk kunnskap om psykisk helsevern fra sykepleierstudiet med praktisk erfaring som de har fått med å hjelpe rusmiddelbrukende eldre.

Alkohol er et lovlig rusmiddel, og de fleste voksne nordmenn bruker i større og mindre grad. Eldre tar gjerne sin etablerte alkoholkultur med inn i alderdommen, og ansatte på sykehjem

prøver å tilrettelegge for at pasientene kan opprettholde sine alkoholvaner, selv om det er tatt lite høyde for det på et organisatorisk plan. Dette viser seg blant annet i institusjonenes budsjett. Like fullt oppstår det etiske dilemma når ansatte møter pasienter som har eller har hatt et problematisk forhold til alkohol eller andre rusmidler. Dette løfter fram spørsmål relatert til pasientenes autonomi, og i hvilken grad en kan bruke faglig skjønn som argument for å nekte pasienter alkohol. Noen avdelinger har retningslinjer for å håndtere dette, mens andre informanter opplever at det er mer utydelig. Det er og noe uenighet innad i personalgruppene hvordan dette kan håndteres.

Rusmiddelbrukende pasienter er generelt yngre enn andre tjenestemottakere, og eksisterende hjelpetilbud er lite tilrettelagt for denne gruppen. Noen pasienter har en atferd som gjør det vanskelig å integrere dem med andre pasientgrupper. Studien viser at det er ønskelig både med dag- og døgntilbud som er tilpasset rusmiddelbrukernes alder, kjønn og særskilte behov. Eksisterende spesialavdelinger trekkes fram som gode eksempler, men for å få et pleie- og omsorgstilbud en kan ha nytte av livet ut, bør slike sykehjemsavdelinger ha livsløpsstandard. Det er uklart i hvilken grad slike avdelinger vil ha behov for mer personale enn det som er vanlig i sykehjem, men det kommer fram i denne studien at det vil være behov for spesielt kompetente ansatte, som også er motivert for å jobbe med rusproblematikk.

Læringsmuligheter i pleie- og omsorgstjenestene

God sykepleiedekning, kontinuitet i arbeidet og godt arbeidsmiljø er faktorer som medvirker til trivsel og trygghet. Sykepleiere i hjemmetjenestene utfører mange arbeidsoppgaver alene, men de deler på oppgaver når det er nødvendig. Psykisk belastende oppgaver vektlegges like mye som fysisk tunge pleieoppgaver. I sykehjem er det ansatt få sykepleiere på hver enhet, og en er derfor mer alene til å håndtere sykepleiefaglige oppgaver. Informantene opplever likevel å ha kultur for å snakke sammen, utveksle informasjon og fordele arbeidsoppgaver på en god måte.

Muntlig rapport, lunsjpauser og andre småpauser innimellom gir ansatte anledning til å snakke sammen. Noen avdelinger har innført stille rapport, og har dermed fjernet en slik fellesarena. Erfaringen er at refleksjon omkring arbeidsoppgaver skaper mer læring enn å søke etter teoretisk kunnskap. Psykiatri og rusproblematikk er områder som er spesielt utfordrende, men er lite beskrevet i prosedyrebøker. Dette er og områder som er vanskelig å

lære gjennom å lese litteratur. Samtale og refleksjon rundt disse temaene er derfor viktig. Ansatte nytter alle anledninger de har til å snakke med hverandre, men tiden som er avsatt til dette, er begrenset. Mange arbeidsoppgaver og lite personalressurser medfører at tid som er avsatt til selvstudier, blir nedprioritert.

Pleie- og omsorgsoppgaver både i hjemmetjeneste og på sykehjem blir stadig mer komplekse, og ansatte har behov for å reflektere over hvordan ulike problemstillinger kan håndteres. Opplæring og veiledning er derfor viktig for å kunne bli faglig kompetente. Det gis ikke tilbud om systematisk veiledning i gruppe, men individuell veiledning blir gitt ad hoc når det oppstår spesielle behov. Den enkelte ansatte må selv ta initiativ til å få veiledning, og de søker gjerne råd fra kolleger eller overordnet. Ellers holder ansatte seg oppdatert ved å delta på kurs og ved å lære av kolleger. Å se hvordan andre arbeider eller å samtale om hvordan oppgaver løses, oppleves som gode måter å lære på.

Kunnskap som ansatte tilegner seg gjennom eksterne kurs, blir i ulik grad integrert i det daglige arbeidet, og mulighetene for å forvalte ressursene til kompetansehevende tiltak på en effektiv måte, er i varierende grad utnyttet. Noen steder er det tilrettelagt for å dele ny kunnskap med kolleger, mens andre enheter har lite fokus på dette. Organisering og tilrettelegging er viktig for at ansatte skal bli motivert til å dele kunnskap med hverandre.

Studien viser at det er ulike meninger om hvordan en best kan tilrettelegge for å øke kompetansen på rusfaglige tema i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Å endre holdninger vil være nødvendig. Positive holdninger til rusmiddelbrukende tjenestemottakere ser ut til å henge sammen med den enkelte ansattes erfaring og kompetanse. En metode for å øke kompetanse, er å formidle kunnskap mellom ansatte i konkrete arbeidssituasjoner. En annen metode, er å veksle mellom forelesninger holdt av eksterne "eksperter" og refleksjon over egne erfaringer. Like fullt, og uavhengig av metode, må kompetansehevende tiltak i større grad enn i dag planlegges og tilrettelegges, slik at alle ansatte i pleie- og omsorgstjenestene får anledning til å delta.

Kapittel 5: Drøfting

Målet med dette kapittelet er å drøfte problemstillinger knyttet til sykepleieres opplevelse og erfaringer relatert til rusmiddelbruk blant eldre. Dette er det fjerde trinnet i systematisk tekstkondensering, der betydningen av informantenes fortellinger kommer fram (Malterud, 2004). Analysen er en fortolkning med tanke på å skape forståelse og belyse meningsaspektet. Forholdene som blir studert går inn i en større historisk, kulturell og sosial kontekst, og blir analysert i sammenheng med det. Det er innenfor bestemte kontekster at handlinger inngår i en helhet og gir mening. Denne hermeneutiske analysen handler om å fortolke meningene som kommer fram i intervjuene. I denne sammenhengen vil jeg også bruke egne erfaringer, faglige begrep og teori (Grønmo, 2004). Informasjonen som er samlet inn fra intervju med åtte sykepleiere, vil her bli drøftet opp mot kunnskapsstatus fra rusfeltet, som er presentert i kapittel 1 og aktuell læringsteori, som er beskrevet i kapittel 2.

Sentralt i denne studien om ruskompetanse i kommunale pleie- og omsorgstjenester, har vært å undersøke i hvilken grad erfarne sykepleiere opplever å ha kompetanse på eldre og rusmiddelbruk, og hvilke faglige utfordringer de møter i pleien av pasienter som bruker rusmidler. Studien har belyst sykepleieres kunnskap, erfaringer og læringsmuligheter, med mål om at det kan gi et grunnlag for å vurdere eventuelle rusrelaterte kompetansetiltak for ansatte i kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Drøftingen er tredelt. Den første delen handler om hvordan sykepleiere opplever sin egen ruskompetanse. Den andre delen handler om hvilke erfaringer sykepleierne har med rusmiddelbruk blant tjenestemottakere og hvilke utfordringer de står overfor i møte med pasientgruppen. Den tredje delen drøfter læringsmuligheter for ansatte i kommunal sektor.

Kunnskap om rusrelatert problematikk.

Når arbeid skal utføres i en organisasjon, er det basert på en forventning om at de ansatte har den kunnskapen de trenger for å kunne gjøre jobben på en god måte. Utdanningsinstitusjoner og kursvirksomhet er det som tradisjonelt har vært ansett som de viktigste kildene til å skaffe seg kunnskap. I dag er dette bildet i ferd med å endre seg, og innenfor organisasjonsutvikling mener en nå at ansatte gjennom sitt daglige arbeid vil kunne utvikle den kunnskap som er nødvendig for kunne gjøre arbeidet på en ny og bedre måte (Levin og Klev, 2002:85). Ny kunnskap om et fenomen er ikke bare basert på en intellektuell tilnærming, men er og avhengig av at det foregår et samspill mellom eksperimentering og refleksjon.

Organisasjonsutviklere hevder at det må utvikles en forståelse for at det å utføre et arbeid og å utvikle ny kunnskap, blir integrert i samme prosess (ibid:87). I hvilken grad dette perspektivet er tatt høyde for i det offentlige helsevesenet, er kanskje mer uklart?

Innledningsvis i denne studien om eldre og rusmiddelbruk, ble det pekt på at kommunale helsetjenester i liten grad er ressursmessig forberedt på "eldrebølgen" av rusmiddelbrukende pasienter, i tillegg til at ansatte ikke har tilstrekkelig kompetanse til å møte de faglige utfordringene med kvalifiserte tjenester (St.prp.nr.1, 2007-2008). Rusfeltet er et nytt og forholdsvis uutforsket fagfelt, og særlig mangler det forskning på eldre. Demografiske endringer og økt behov for tjenester, vil føre til større belastning på de eksisterende ressursene både i rusfeltet og i eldreomsorgen. EONN (2008) sier at det er viktig å tilpasse nødvendige tiltak til Eldres behov, og det må tas hensyn til Eldres sammensatte helseproblemer. Dette må gjøres gjennom god og kostnadseffektiv planlegging. Dette vil og bety at kommunale helsetjenester må sette fokus på endringsarbeid.

Rusmiddelavhengige oppleves av mange å være en utfordrende gruppe å jobbe med. Mangel på kunnskap skaper usikkerhet og engstelse, som gir seg uttrykk i uhensiktsmessige holdninger (Helsedirektoratet, IS-1162, 2005:16). Informantene i denne studien har fått lite eller ingen undervisning om rusrelaterte problemstillinger, verken gjennom utdanning eller som praktiserende sykepleiere. Rusfeltet er lite vektlagt i formelle utdanningsinstitusjoner, og informantenes begrensede teoretiske kunnskap om rus oppleves også å være lite relevant i arbeidet med eldre i kommunale tjenester. De følte seg derfor lite kompetente til å jobbe med rus.

Noen av de intervjuede hadde vært spesielt interesserte i rusfaget, og hadde i løpet av studietiden på eget initiativ fått noe praksiserfaring innenfor rusbehandling og/eller hadde fordypet seg i faget gjennom å skrive en teoretisk oppgave. Denne gruppen hadde mer kunnskap om rus, enn de andre informantene i studien. Gjennom praksis hadde de fått erfaringsbasert kunnskap (møtt pasienter gjennom samtale og i ulike aktiviteter) i ulike praksisfellesskap (praksisplassen) (Wenger, 1998). De som skrev oppgave, fikk i tillegg koblet erfaringene opp mot aktuell teori. Gjennom sosialisering i praksis, ble taus kunnskap gjort til eksplisitt kunnskap. Slik skapes læring (Nonaka og Takeuchi, 1995). Dette forklarer hvorfor informantene som hadde hatt fokus på rusfeltet under utdanningen, hadde mer

kunnskap om rus, enn de som ikke hadde vært i slik praksis.

Kommunen legger til rette for diverse videreutdanninger og kurs, men rus er ikke blitt satt på dagsorden, selv om ansatte sier det er både behov for og ønske om det. Dette er i tråd med stortingsmeldingen som kom i 2008 (St.prp.nr.1, 2007-2008), som viser til at opplæring på rusfeltet har vært lite vektlagt i kommunene. Organiseringen av opplæringstiltak generelt ser ut til å være lite systematisert, og stramme økonomiske rammer begrenser omfanget. Det varierer også i hvilken grad ny kunnskap fra gjennomførte kurs og videreutdanninger blir tatt i bruk, altså internalisert i tjenestene. Individuell kunnskap utnyttes best i samspill med andre, (Levin og Klev, 2002). Å sende enkeltpersoner på kurs, uten å følge det opp i etterkant, er en lite kostnadseffektiv måte å bruke midler til kompetansehevende tiltak, fordi det gir små muligheter for å skape endring i den delte forståelsen innad i organisasjonen. Den nye kunnskapen vil ikke bli eksternalisert eller kombinert i organisasjonen (Nonaka, 1994).

Internopplæring i form av repeterende obligatoriske kurs, er mest tilrettelagt for nyansatte, og erfarne medarbeidere har i mindre grad utbytte av disse. Annen opplæring av nyansatte er satt i system, men likevel mangelfull. Den har mest fokus på rutiner, og mindre på oppfølging av ansatte i praksis. Det ser ut til at kunnskap i stor grad formidles gjennom et formelt og systematisert språk som det er lett å gi uttrykk for, men denne kunnskapen blir ikke nødvendigvis forankret, internalisert eller lagret hos de som tar den i bruk (Nonaka og Takeuchi, 1995).

Kommunen prøver å gjennomføre erfaringsbasert opplæring (opplæringsvakter og fadderordning), som informantene mener er en god måte å introdusere nye til arbeidet. Da kan medarbeidernes erfaringskunnskap overføres til nyansatte gjennom sosialisering (ibid) eller som fra ”mester til svenn” (Schön 1983). Organisasjonens tause/skjulte kunnskap kommer da til uttrykk gjennom handling. Disse tiltakene er imidlertid sårbare, fordi det ikke alltid er tilstrekkelig med personalressurser. Derfor blir det lite system og kontinuitet i opplæringen. En informant beskrev opplæringen som ”learning by doing”, og utdypet det med at den var mangelfull og preget av at det var ansatt få sykepleiere i avdelingen som en kunne få opplæring av. Derfor må en finne ut av alt selv. Når Schön (1983) sier at ”learning by doing” er en god måte å lære på, i betydningen av at en lærer gjennom å praktisere, blir det i kontrast til informanten som knyttet denne formuleringen i negativ retning, til at en må

både prøve og feile på egenhånd, uten å ha noen rundt seg som en kan drøfte det som blitt gjort med. I hvilken grad slik selvlæring blir god læring, vil avhenge av om den ansatte reflekterer over det arbeidet som blir utført. Dersom det er lite anledning til å speile egen kunnskap opp mot andres erfaringer, kan dette bli læring uten refleksjon, som Schön (ibid) beskriver som enkeltkretslæring. Da vil det skje lite endring i handling. Dette behøver ikke nødvendigvis skje når en prøver seg fram på egenhånd, eksempelvis i møte med eldre rusmiddelbrukende pasienter, men risikoen vil være stor, nettopp fordi rusfeltet er nytt og det er begrenset forskning på eldre. Strømfors (2004) mener at kontaktetablering med hjelpetrequende rusmiddelbrukere er noe man lærer ved å arbeide sammen med andre. Hvordan kan da en uerfaren sykepleier i kommunen lære faget, når det er lite teori å støtte seg til, og heller ingen kolleger å speile erfaringene sine mot?

Å lære av hverandre i et praksisfellesskap er en god metode for å lære nye arbeidsoppgaver (Argyris og Schön, 1996, Wenger, 1998, Nonaka og Takeuchi, 1995). Det kan derimot også være en metode som viderefører negative holdninger. I denne studien presenteres det en bekymring over at ansatte som har negative holdninger med seg i arbeidet med rusmiddelbrukere, lett kan overføre disse til nye medarbeidere. Det er viktig at den erfarne er bevisst på hvordan nyansatte blir introdusert til arbeidsoppgaver. Dersom det ikke gis anledning til selvstendig refleksjon og ansatte bare kopierer hverandre, kan negative holdninger bli videreført. Opplæringen blir da lite hensiktsmessig. Argyris og Schön (1996) sier at læring finner sted først når refleksjon fører til endret atferd. En av informantene mente at nyansatte først må få anledning til å gjøre selvstendige erfaringer, og så drøfte de med den som har ansvar for opplæringen. Slik jeg forstår teorien, vil det være en metode som gir muligheter for dobbelkretslæring i organisasjonen.

Relatert til hvordan god organisasjonsutvikling beskrives (Levin og Klev, 2002, Blåka og Filstad, 2007), viser studien at pleie- og omsorgstjenestene i liten grad gis anledning til å utvikle kompetanse, fordi kunnskapsoverføringen er i hovedsak organisert som forlesninger og demonstrasjoner. Sykepleierne har fått lite ruskompetanse gjennom utdanning, og det meste av internopplæringen er basert på formidling av eksplisitt kunnskap (Nonaka og Takeuchi, 1995 og Schön 1998). Lite personalressurser, spesielt i sykehjem, kan være en årsak til at erfaringslæring i liten grad kan gjennomføres, og erfaringslæring uten refleksjon viderefører etablerte "sannheter" i tjenestene. Det ser heller ikke ut til at pleie- og

omsorgstjenestene har satt rustema på dagsorden, i og med det ikke har vært tilrettlagt for kompetansehevede tiltak i form av videreutdanning eller kurs.

Studien viser at rusmiddelbruk blant eldre pasienter i pleie- og omsorgstjenestene er relativt vanlig, og at det er et økende problem. Når informantene opplever å ha lite kompetanse, relaterer de dette i stor grad til deres eksplisitte kunnskap. De presenterer sin egen kompetanse gjennom uttrykt teori (Argyris og Schön, 1996).

Erfaring med rusmiddelbrukende eldre tjenestemottakere

Jeg vil nå drøfte sykepleiernes erfaringer med rusmiddelbruk blant tjenestemottakere i kommunen, samt belyse hvilke utfordringer de står overfor i møte med pasientgruppen.

Gjennom praksis har sykepleierne fått mye erfaring med eldre rusmiddelbrukere. De gir et bilde på omfattende problematikk som de må håndtere, flere av dem gjennom daglig kontakt med pasientgruppen. Fortellingene viser at ansatte i pleie- og omsorgstjenestene har rusrelatert erfaringskunnskap, men de er lite bevisste på at de gjennom praktisk erfaring har fått det. Rusproblematikk blant eldre er et område de har snakket lite om tidligere.

I intervjuene forteller sykepleierne hva de faktisk gjør i møte med eldre rusmiddelbrukere. De artikulere den tause kunnskapen og presenterer bruksteorien sin (Argyris og Schön, 1996). Slik blir erfaringskunnskapen eksternalisert (Nonaka, 1994). I denne masteroppgaven blir sykepleiernes eksternaliserte kunnskap drøftet i lys av teori og annen erfaring, og kunnskap kombineres. Jeg forstår Nonaka (1994) slik, at dersom informantene eller andre med lignende erfaringer leser denne studien, kan det skje en kombinert kunnskapsutviklingsprosess hos dem, ved at de tar studiens funn tilbake til pleie- og omsorgssektoren. Gjennom ny erfaring og refleksjon vil den nye kunnskapen bli internalisert i arbeidet deres. Slik kan denne studien bidra til at informantene får en dypere forståelse for det de kan, og de kan bevege seg videre i *"the Spiral of Organizational Knowledge Creation"* (Nonaka, 1994:20).

Rusmiddelbruk og problemutvikling i pleie- og omsorgstjenestene

Ut fra bildet som beskrives av rusmiddelbrukende pasienter som får pleie- og omsorgstjenester, ser det ut til å være mest alkoholbruk, men at det er en del overforbruk av vanedannende medikamenter. Ansatte møter i liten grad eldre tjenestemottakerne (> 60 år) som bruker illegale rusmidler. Uavhengig av type rusmiddel, presenterer studien en

ressurskrevende pasientgruppe som ofte har alvorlige sykdommer og krevende atferd. Ruspåvirkete pasienter skaper i tillegg uforutsigbare og utfordrende situasjoner både for ansatte, medpasienter og pårørende. Dette er i tråd med erfaringer internasjonalt (Gurnack, 1997). Høy grad av komorbiditet (rus/psykiatri) blant yngre er dokumentert gjennom forskning, men en vet mindre om omfanget blant eldre (Ahlström, 2008). Informantenes erfaringer ser ut til å underbygge Ahlström (2008) sin hypotese om at det også er høy grad av komorbiditet blant eldre rusmiddelbrukere. Informantene har møtt mange pasienter med psykiske lidelser og samtidig rusproblematikk. Mange av disse har i tillegg fysiske hjelpebehov. Denne studien fra pleie- og omsorg finner og at partnere til denne pasientgruppen har fått stressrelaterte symptomer som følge av å leve i forhold med vold og rus. Dette samsvarer med Sattar et. al. (2007) sin studie. Det betyr at det også vil være økt risiko for slitasje og sykdomsutvikling i eldre rusmiddelbrukeres nære familie. Ofte vil dette være eldre kvinner.

Etter hvert som det blir flere eldre som lever lengre og vil ha behov for hjelp, blant disse også en økende andel rusmiddelbrukere, vil utfordringene og presset på kommunale pleie- og omsorgstjenester øke (EONN, 2008). Generelt ser det ut til at rusmiddelbrukere i pleie- og omsorg er en pasientgruppe som er yngre enn de som vanligvis mottar slike tjenester, og de får aldri relaterte og alvorlige sykdommer tidligere enn "normalbefolkningen". Dette er og i tråd med erfaringer bl.a. fra Gatehospitalet i Oslo (Lønningen, 2008).

Innenfor eldreomsorgen i Norge, har sykehjem en sentral rolle, og i dag er det en endring mot at det bare er de sykeste gamle som får plass der (Laake, 2003). Informantene sier at en må være "*veldig gammel og veldig syk*" før en får plass på sykehjem. Dette kan bety at hjemmetjenestene i fremtiden i enda større grad vil få flere pasienter og økte utfordringer i forhold til eldre rusmiddelbrukere, mens sykehjemmene må håndtere de eldste og sykeste i denne pasientpopulasjonen.

Cummings et. al. (2008) har funnet at høyt alkoholkonsum gir økt risiko for sykdom og dødelighet blant eldre voksne. Det viser også denne studien. Mange eldre har hatt rusproblemer over lang tid. Noen av dem har fått hjelp tidlig, mens andre kommer seint i kontakt med hjelpeapparatet. Dette kan skyldes at rusproblemet ikke er blitt oppdaget av andre, eller at skammen knyttet til rusmiddelbruken har gjort det til en intern

familiehemmelighet. Ensomhet ser ut til å være en risikofaktor for utvikling av rusproblemer seint i livet, og det kan ta lang tid før problemer avdekkes. Gjerne skjer det tilfeldig, når hjemmetjenestene kobles inn på grunn av andre hjelpebehov. Disse hjelpebehovene viser seg ofte å være forårsaket av rusmiddelbruk som har pågått over tid, eller av skader som har skjedd under påvirkning av alkohol eller medikamenter.

Som en konsekvens av skjult og økende forbruk av rusmidler over tid, vil problemer eskalere og bli desto vanskeligere å håndtere (Hallgren et. al 2009:83). Forskning og erfaring oppsummert i rapporten *"Tidlig intervensjon på rusområdet"* (IS-1455, 2007) viser at deler av hjelpeapparatet er preget av at en venter for lenge med å erkjenne problemer, med å ta opp bekymringen med den det gjelder og den nærmeste familie, og kontakte instanser som har ansvar for eller har kompetanse til å hjelpe. Hallgren et. al. (2009:29) mener at rusmiddelbruk blant eldre har vært lite debattert, fordi det er et moralsk ladet spørsmål. Det kan og forklare hvorfor eldre, i enda større grad enn andre aldersgrupper, ikke har vært vektlagt i forskningen. Ahlström (2008) mener at rusmiddelbruk og eldre nå må ses i sammenheng, slik at det blir mulig å planlegge framtidige hjelpetiltak. Denne studien viser at rus er i liten grad satt på dagsorden i pleie- og omsorgstjenestene. Erfaringen herfra er at også i tilfeller der rusproblemet er velkjent, blir likevel tilbudet hovedsaklig rettet mot pasientenes somatiske problemer.

Eldres rusmiddelvaner og etiske dilemma

Alkohol er en lovlig vare, som brukes av mer enn 90 prosent av voksne nordmenn (Sirus, 2010). Det er og blitt vanligere at eldre bruker alkohol (Horverak og Bye, 2007), og mange av de som mottar kommunale hjelpetjenester ønsker å beholde alkoholvanene sine inn i alderdommen. Dette er i tråd med nordisk forskning (Jyrkämä og Haapamäki, 2008). Dette betyr og at ansatte i pleie- og omsorg må forholde seg til pasientenes ønsker og behov for hjelp til å opprettholde slike vaner. Denne studien viser at alkoholbruk blant eldre skaper noen etiske dilemma for ansatte i omsorgstjenestene. I hjemmetjenestene gjelder det blant annet spørsmål om hjelp til innkjøp av alkohol. Når en opplever at det er mer til skade enn til gagn for pasienten, blir dette vanskelig å håndtere. Slike spørsmål er blitt enklere å svare på etter at det kom på plass retningslinjer for hvordan en skal håndtere dette. Tydelige regler gjør det enklere for ansatte å sette grenser overfor pasientene, og de kan argumentere overfor pasientene at innkjøp av nytelsesvarer som alkohol, ikke regnes som nødvendig helsehjelp.

På sykehjem handler dilemmaene mer om pasientenes rett til selv å bestemme om de vil ha alkohol. Informantene har kunnskap om at det kan være skadelig å kombinere alkohol og noen typer medikamenter, og at de derfor kan bruke faglige argumenter for å ikke servere alkohol til enkelte pasienter. Et annet dilemma oppstår når alkoholavhengige pasienter som har lite kontroll over eget inntak, vil ha mer alkohol enn det som blir vurdert til å være forsvarlig/vanlig. Ansatte ønsker ikke å bidra til økende rusproblemer, men faglige vurderinger kommer i konflikt med pasientenes rett til å bestemme selv. Utfordringer som blir drøftet i personalgrupper, handler om i hvilken grad faglig skjønn kan overstyre pasientenes rett til å selv bestemme over eget alkoholinntak. Dette er det opp til de ansatte å vurdere når situasjoner oppstår. Når det er lite forskning å støtte seg til, legges det et stort ansvar på den enkelte ansatte.

Informantene mente det må være anledning til å nyte alkohol også når en er blitt gammel og hjelpetrengende, men å finne balansen mellom hva som oppfattes som forsvarlig, og hva som ikke er det, er problematisk, nettopp fordi det er lite forskning på området. Flere informanter mente det er en moralistisk holdning som ligger til grunn for at alkoholservingen på sykehjem ikke er tilpasset en "vanlig" norsk drikkekultur. Et mer normalisert syn på eldre og alkoholbruk er ønskelig. Jyrkämä og Haapamäki (2008) hevder og at selve fenomenet eldre og alkoholbruk kan være moralsk ladet, og sannsynligvis er det noe av årsaken til at det er lite kunnskap om denne aldersgruppen (ibid). Eventuelle retningslinjer om hvor mye alkohol eldre kan innta, uten at det utgjør en helserisiko, må ta hensyn til at effekten av alkohol i stor grad avhenger av den enkeltes helsestatus, som igjen kan variere mye avhengig av alder (Hallgren et. al., 2009). Det kan være store fysiologiske forskjeller på en sekstiåring og en nittiåring. Dette viser hvorfor det er komplisert å lage regler for hvor mye alkohol en aldrende kropp tåler.

Ansatte i pleie- og omsorgstjenestene gjør faglige vurderinger i forhold til forsvarlige alkoholmengder, men det er mer uklart hva dette er fundert på. Det er forsket lite på hva eldre tåler, og det man vet om forsvarlige alkoholmengder, er basert på studier av unge til middelaldrende voksne. Selv om Italia, som det eneste europeiske landet, har definert risikogrenser overfor eldre (Hallgren et. al., 2009), er man ikke kommet til en internasjonal enighet om hvor en slik grense skal settes for eldre (Sulander, 2009). Hva ansatte i pleie- og omsorgstjenestene mener er passe for eldre, kan derfor være mer bygget på moralisme enn på

fag? En ”risikotabell” for eldre, tilpasset norske forhold, vil kunne gi noen holdepunkter som helsepersonell kan støtte seg til, og kan løse noen av dilemmaene som informantene har presentert i denne studien. Det vil gi redusert risiko for at eldre påføres økte helseproblemer som en følge av for høyt alkoholinntak, og kan og være til hjelp for å tilrettelegge for ansvarlig alkoholhåndtering på sykehjem. Slike retningslinjer kan også være en god innfallsvinkel for samtale om pasientenes alkoholinntak (Johnsen, 2010).

Tidlig intervensjon

Tidlig intervensjon er en nasjonal satsning i rusfeltet (St.prp.nr.1,2007-2008) og Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder om dette (Bäcklund et. al., 2010). Om tidlig intervensjon sies det, at de potensielle oppdagerne må ha kunnskap om risikofaktorer og symptomer, ha mot til å handle på grunn av opplevd bekymring, og vite hva de skal gjøre og hvem de skal henvende seg til. Man er avhengig av at rusmiddelbruken identifiseres tidlig, men også av at hjelperne har kjennskap til intervensjonsformer (Bäcklund et. al., 2010). Om eldre (65+) sier veilederen at oppfølgingen bør være som for voksne generelt, men at det er lite forskning å støtte seg til om Eldres alkoholvaner og om risikoen ved bruk. Veilederen henviser til amerikansk forskning, som finner at individuell veiledning eller informasjon om den enkeltes drikkevaner og helse har god effekt på Eldres alkoholkonsum. Påførende, ansatte i hjemmetjeneste og fastlege anses som sentrale i forhold til å avdekke både alkohol- og medikamentbruk, og de to sistnevnte er spesielt viktige instanser når det gjelder tidlig identifikasjon og tidlig intervensjon (ibid). Det forventes også at det blir gjort noe med en eventuell bekymring. Andre internasjonale studier viser at tidlig intervensjon kan hindre problemutvikling blant eldre, og at kartlegging av Eldres rusmiddelbruk er en aktuell tilnærming for å identifisere rusmiddelvaner. En forutsetning for å få dette til, er at ansatte i hjelpetjenestene har fått opplæring (Coogler et. al., 1997, Bowman og Gerber, 2006, Berks og McCormick, 2008). Den nasjonale veilederen foreslår at oppfølging av eldre kan ha samme framgangsmåte som for voksne generelt, men sier samtidig at bildet kan se annerledes ut. (Bäcklund et. al., 2010).

Informantene har erfart at når rusmiddelbruk blant eldre avdekkes, er problemene ofte omfattende både i forhold til avhengighet og helseplager, nettopp fordi en ikke har vært klar over det. Dette er i tråd med Bowman og Gerber (2006), som sier at helsepersonell har problemer med å identifisere eldre med problematisk alkoholbruk, fordi det kan skjules av symptomer på annen sykdom. De mener samtidig at det er mulig å hjelpe, dersom det legges

til rette for det. Informantene mener at den ”*gode samtalen*” er viktig, men den er det sjeldent anledning til å ha. Vedtakssystemet i hjemmetjenestene medfører at man kun har anledning til å utføre et definert og tidfestet oppdrag, uten at det tas hensyn til at pasientene noen ganger kan ha behov for ”*å bare prate*” med hjelperne. Tjenestene ser ut til å være styrt av ”stoppeklokken”, og det gir små til muligheter til å identifisere andre problemområder. Når en ikke har tid til å gjøre annet enn det som er vedtatt, gis det heller ikke anledning til å reflektere over eventuelle sammenhenger mellom rus og somatiske problemstillinger. Dette kan føre til at ansatte ikke beveger seg oppover i erfaringstrappen, og blir værende på novisetrinnet (Benner, 1984). Når en vet at helsepersonell også er mindre på vakt i forhold til å identifisere rusmiddelbruk blant eldre (O`Connell et. al., 2003), er det sannsynlig at omfanget er større enn det som per i dag avdekkes.

Tidlig identifikasjon begrenser utvikling av problemer (Bäcklund et. al., 2010). Dersom pleie- og omsorgstjenestene øker fokuset på dette området, vil flere eldre få hjelp tidligere og alvorlig sykdom kan forebygges. Her blir det spørsmål om hvor kommunen velger å rette innsatsen. Kontinuitet i pleien er en vesentlig faktor for at pasienter og pårørende etablerer en relasjon til hjelperne og får tillit til dem. Når det etableres gode relasjoner mellom hjelper, pasient og pårørende, blir det også lettere å avdekke problemer. Kartlegging og korte intervensjoner i form av samtale kan bli kostnadseffektive tilnærminger. Johnsen (2010) mener at enkle intervensjoner, som kartlegging av omfang og informasjon om helserisiko ved bruk av alkohol og vanedannende medikamenter, vil føre til at mange eldre vil redusere inntaket. Dette støttes av Bowman og Gerber (2006) sin studie.

Det kommer fram i denne studien at verken pleie- og omsorgstjenestene eller fastleger kartlegger Eldres rusmiddelbruk i særlig grad. Dette er i tråd med det en ser generelt i Norge og ellers i Norden. Det er lite fokus på å identifisere Eldres rusmiddelvaner og tilrettelegge for opplæring av helsepersonell (Jyrkämä og Haapamäki, 2008). Informantene mente at kartlegging og diagnostisering bedre kan belyse rusproblemer, og om det blir gjort, vil kommunale helsetjenester ha større mulighet for å tilrettelegge for forsvarlig hjelp.

På grunn av manglende dokumentasjon om hva som er virksomt for eldre, viser den nasjonale veilederen til at intervensjoner kan planlegges som for andre voksne. Dette kan bli feil, når en samtidig ikke vet hva som er virksomt. Når det pekes på at hjemmetjeneste og fastlege er

spesielt viktige instanser i forhold til tidlig identifikasjon og intervensjon (Bäcklund et. al., 2010), må det også være tilgjengelig virksomme verktøy. At disse ikke er utviklet, understreker behovet for økt forskning på området. Motiverende samtale (MI)⁸ brukes ofte i behandling av rusmiddelproblemer (Miller og Rollnick, 2002), og er dokumentert å ha effekt (Nilsen et. al., 2010), men en har ikke kunnskap om metoden også kan være hensiktsmessig overfor eldre. Både i Sverige (Hallgren et. al., 2009) og Danmark (Nielsen, 2010) har primærhelsetjenestene, hovedsakelig sykepleiere, fått opplæring både i kartlegging av rusvaner og i MI, med mål om å håndtere alkoholproblemer blant eldre på en bedre måte. Dette er metoder som også kan være relevante å prøve ut i Norge.

Utvikling av rusproblemer seint i livet

Noen eldre som tidligere har hatt et normalisert forhold til alkohol, øker bruken av alkohol og/eller medikamenter på grunn av ensomhet. Dette er en gruppe som også har en del psykiske plager og som ofte isolerer seg. Noen av dem får rusproblemer. En NOVA-undersøkelse (Thorsen, 2005), viser at ensomhet blir mer utbredt fordi det blir flere eldre, med sterk økning av personer som bor alene og av svært gamle. Det vises til at ensomhet er en trussel mot livskvalitet og en meningsfylt tilværelse. Denne studien om rusmiddelbruk blant eldre bekrefter dette, og ensomhet ser ut til å være en risikofaktor i forhold til å utvikle rusproblemer seint i livet.

Thorsen (2005) sier at praktisk hjelp fra pleie- og omsorgstjenestene ikke er nok for å hjelpe på ensomheten. Det må også gis tid og rom til å ivareta de sosiale og emosjonelle behovene, som har en tendens til å bli rasjonalisert bort når det er knapt med tid og hjelpere. Dette gir store utfordringer for pleie- og omsorgstjenestene (ibid). I min studie påpeker informantene mangel på gode oppfølgingstilbud, spesielt for eldre menn, og bedre tilrettelagte dagsentre blir foreslått. Det er et tiltak som kan få eldre i aktivitet, og derved forebygge helseskadelig alkohol- og medikamentbruk.

Kompetanse, utfordringer og holdninger

De fleste informantene i denne studien opplever at arbeidet med rusmiddelbrukende pasienter er interessant, men at det gir dem en del utfordringer. Det kommer og fram at noen ansatte i tjenestene har negative holdninger til pasientgruppen. Det har derimot vist seg at etter hvert

⁸ Motiverende samtale (MI) er en målrettet, klientsentrert samtalemetode for å motivere til atferdsendring, samt bistå ved endringsprosesser, ved å hjelpe klienten til å utforske og løse ambivalens (Miller og Rollnick, 2002).

som en har fått erfaring, opplever flere at pasientgruppen har gitt dem positivt utfordrende oppgaver. Det er mye som kan gjøres i forhold til å skape bedre holdninger overfor rusmiddelbruk. Informantene hadde tanker om at kolleger mangler kunnskap, og at det kommer til uttrykk gjennom utrygghet og negative holdninger. Sykepleierprofesjonen ser ut til å være en "sovepute" for andre grupper av ansatte i forhold til å gå inn i kompliserte situasjoner. Dette får konsekvenser for sykepleiernes oppfølging av andre pasienter, som videre påvirker arbeidsmiljøet i negativ retning. Når en ikke forstår sammenhengen mellom rus og psykiatri, eller ikke har kunnskap om rusrelaterte somatiske sykdommer, blir rusen opplevd som et isolert problem. Det ser ut til at sykepleiere i større grad er i stand til å se hele pasienten og "forbi" rusproblemene, enn kolleger med mindre formalkunnskap. Teoretisk og praktisk kunnskap som sykepleierne har fått om psykisk helsevern i utdanningen, er dels overførbar til rusrelaterte problemstillinger. Her kombinerer de kunnskap (Nonaka, 1994). Voyer et. al. (2005) mener at bedre kunnskap om Eldres psykiske helse vil være til hjelp for å identifisere overforbruk av medikamenter. Informantenes fortellinger viser at det samme vil sannsynligvis gjelde også for andre rusmidler.

Innledningsvis i studien stiller jeg spørsmål om manglende kunnskap kan være en medvirkende årsak til dårlige holdninger overfor rusmiddelbrukere. Informantenes tilbakemeldinger kan tyde på dette. Ansatte som har fått erfaring med å arbeide med rus og/eller har fagkompetanse av en viss varighet (her: sykepleierutdanning) har mindre motstand mot å hjelpe pasientgruppen, enn de som ikke har slik erfaring. Benner (1984) sier at sykepleiere med lite erfaring er noviser, og klarer i liten grad å se oppgaver og løsninger i sammenheng. I et finsk prosjekt om helsefremmende aktiviteter og økt livskvalitet for eldre, har de fokusert på ansattes sikkerhet gjennom å vektlegge opplæring og veiledning, nettopp fordi en mener utrygghet handler om manglende kunnskap og forståelse for rusrelaterte problemområder (Hallgren et. al., 2009:38). Dette styrker hypotesen om at utrygghet og negative holdninger overfor rusmiddelbrukere kan skyldes manglende kunnskap. Jo mer erfaring man får, jo høyere klatrer man i kompetansestigen (Dreyfus og Dreyfus, 1986). Ansatte med ruserfaring er blitt mer kompetente til å håndtere disse utfordringene, enn kolleger med mindre erfaring. Tilrettelagte læringsarenaer vil raskere gi tjenestene ruskompetent personale (Wenger 1998).

Manglende samarbeid og tiltak

Denne studien viser at samarbeidet mellom ulike hjelpeinstanser, eksempelvis mellom

fastlege, hjemmetjeneste og sykehjem, har et forbedringspotensial. Informantenes fortellinger belyser dette, både i forhold til samhandling og dokumentasjon. Manglende oppfølging av eldre som bruker vanedannende medikamenter, har ført til avhengighet og andre helseproblemer. I tilfeller der medisinerer blir avsluttet uten tilrettelagt nedtrapping, er det risiko for at medikamenter erstattes med alkohol. Det ble også gitt eksempler på eldre som er blitt feilbehandlet, fordi en ikke har hatt kjennskap til deres alkohol- og medisinbruk. Følgen av dette, er at sykepleierne føler at de ikke gjør en forsvarlig jobb. Helsepersonelloven (Lov 1999-07-02 nr 64) regulerer ansattes plikt til å yte kvalifiserte tjenester og pasientrettighetsloven (Lov 1999-07-02 nr 63) klargjør tjenestemottakernes rett til å motta dem. Manglende kunnskap og dokumentasjon i pleie- og omsorgstjenestene er brudd på gjeldende lovverk, og signaliserer behov for bedre samarbeid. Ansatte i kommunale pleie- og omsorgstjenester plikter å yte kvalifiserte helsetjenester, men mangelfulle samarbeidsrutiner er til hinder for dette.

Når eldre pasienters rusmiddelbruk ikke blir kartlagt, og samarbeidet er mangelfullt, kan det føre til at hjelperne ikke får kjennskap til pasientenes rushistorie. Dette kan få konsekvenser for behandlingen som tilbys. Coogle et. al. (2000) sier at alkoholbruk kan skjules av annen sykdom. Når en ikke har fokus på at rus kan være en underliggende årsak til sykdom, kan det føre til uheldige behandlingsintervensjoner, og i verste fall feilbehandling. Helsetilsynet (2007) har påpekt at eldre i liten grad får rusbehandling i spesialisthelsetjenesten (TSB), og denne studien viser at de kommunale omsorgstjenestene har mest fokus på somatikk. Det kan være et svar på hvorfor eldre pasienter som har rus- og psykiske lidelser, får mangelfull behandling og oppfølging.

Informantene mener det er behov for å tilrettelegge for bedre behandlings- og oppfølgingstiltak. I mangel på annen egnet behandling, blir eldre pasienter i dag tilbudt hjelp fra hjemmetjenestene, og de sykeste får eventuelt plass på sykehjem. Fordi det er lite tid til de gode samtaleene der en kan rette fokus på rusmiddelbruken, vil ikke pleie- og omsorgstjenestene, slik de er organisert i dag, kunne erstatte spesialisert rusbehandling. I stedet kan det bli mer en "oppbevaring" av pasienter som er i behov av behandling. For å få til gode intervensjoner, må det i stedet utvikles behandlingsmetoder som ser på aldring og rusmiddelbruk i sammenheng (Jyrkämä og Haapamäki, 2008).

Denne studien viser at et omsorgstilbud gir gode prognoser i forhold til videre utvikling av alkoholdemens. Kommunen har etablert rutiner for kartlegging av demens, og informantene har erfaring med at pasienter som har en alkoholrelatert demens, i motsetning til pasienter med andre demenstilstander, er blitt bedre når de har fått sykehjemsplass og har vært skjermet for rusinntak over noe tid. Dette understreker behovet både for å kartlegge og tilpasse behandlingstilbudet overfor denne gruppen.

Pasienter som har utviklet demens og andre rusrelaterte skader, er krevende og trenger tett oppfølging. De er generelt yngre enn andre tjenestemottakere, og eksisterende hjelpetilbud er lite tilrettelagte. Både alder og avvikende atferdsmønstre skaper problemer i forhold til å integrere dem i somatiske sykehjemsavdelinger. Det er ønskelig både med dag- og døgntilbud som er tilpasset pasientenes alder, kjønn og særskilte behov. En eksisterende spesialavdeling for personer med rusrelaterte skader nevnes som et godt tilbud, men at det bør tilrettelegges med livsløpsstandard. Da kan en, i motsetning til i dag, få et pleie- og omsorgstilbud som pasientene kan ha nytte av livet ut. Det er uklart i hvilken grad slike avdelinger har behov for mer personale enn det som er vanlig i sykehjem, men informantene var samstemte i at det vil være behov for spesielt kompetente ansatte, som også er motivert for å jobbe med rusproblematikk. Dette er i tråd med Crome og Crome (2005) som sier at både kompetanse og personlig egnethet er viktig når en skal jobbe med eldre rusmiddelbrukere.

Spesialkompetanse – en forutsetning for kvalifiserte tjenester?

En studie om sykepleieres arbeid på sykehjem viser at kompleksiteten der er stor og økende (McGilton et. al., 2009). Det er sykepleierne som har det helhetlige ansvaret, og skal følge opp medisinsk behandling og helseproblemer. I tillegg skal de legge til rette for pasientenes trivsel og sosiale liv. Manglende mulighet for sykepleiere til å ta hensyn til den økende kompleksiteten i sykehjem kan skape utilfredshet (ibid).

Fordi mange pasienter er alvorlig syke og fordi det er mye dobbeltdiagnoseproblematikk, blir kompetanse opplevd som nødvendig for å gi kvalifisert hjelp til ruspasienter i pleie- og omsorgstjenestene. Det kommer fram at bred kompetanse som kan utøves i samhandling med andre kompetente, gjerne i spesialavdelinger, skaper et større faglig miljø og oppleves mer meningsfullt, enn hva som er tilfelle ved dagens organisering. Spesialavdelinger ble nevnt som et incentiv for å rekruttere spesialsykepleiere til kommunen. Noen informanter mente at lang erfaring gir en annen og bredere kompetanse, enn det en får gjennom formell utdanning.

Noen mente at relevant videreutdanning er viktig. På sykehjem er sykepleierne ofte alene på jobb i avdelingen, og det er begrensende både i forhold til egenutvikling og i forhold til kvaliteten på tjenestene som gis. I hjemmetjenesten ble arbeidet mer faglig spennende etter at alle sykepleierstillingene ble besatt. Ruskompetanse ble av flere informanter beskrevet som utfordrende, nyttig og interessant.

Disse funnene er i tråd med Meyer et. al. (2009), som finner at sykepleiere verdsetter kompleksitet, nettopp fordi det gir mulighet til utvikling av spesialfelt og kompetanse. Å være eneste sykepleier på vakt i avdelingen oppleves negativt, og arbeidet blir mer preget av rutiner. Samtidig blir muligheten til å bruke spesielle faglige interesseområder og utforme yrkesrollen i tråd med spesialkunnskap og spesialinteresser mindre. Forskningen viser at utvikling og oppbygging av fagkompetanse i tråd med egeninteresser er særlig meningsfullt. Tilstrekkelige sykepleiefaglige ressurser er en forutsetning for å få det til (ibid). I følge Dreyfus og Dreyfus (1986) må det også være noen erfarne ansatte, dersom kunnskap skal kunne overføres i en organisasjon. Dette betyr at en stabil personalgruppe også er en forutsetning for at ansatte skal kunne utvikle fagkompetanse. Flere sykepleiere i hver enhet kan også skape nye praksisfellesskap, med større potensial for å utvikle den sykepleiefaglige kompetansen (Wenger, 1998).

Med bakgrunn i bemanningssituasjonen som kommer fram i denne studien, ser det ut til å være større potensial for å skape fagutvikling blant sykepleiere i hjemmetjenestene, enn på sykehjem, og kan forklare hvorfor rekrutteringsproblemene er størst i sykehjem. Dette er et tankekors, når en vet at kompleksiteten og behovet for fagkompetanse er like stort, om ikke større i sykehjem.

Læringsmuligheter i pleie- og omsorgstjenestene

Jeg vil her drøfte sykepleiernes opplevelse av hvordan de lærer og deler erfaringer med hverandre i pleie- og omsorgstjenestene i lys av læringsteoretiske prinsipper.

Læringsarenaer

Når Nonaka og Takeuchi (1995) bruker begrepet sosialisering, forstår jeg det som noe som skjer når en lærer nytt på arbeidsplassen, gjennom å se på og imitere det andre gjør. Slik sosialiseres en inn i en etablert kultur og blir en del av den. Når informantene sier det er miljø for å dele på oppgaver, kan det bety at man bare fordeler oppgavene matematisk. Når de

samtidig sier at de har kultur for å hjelpe hverandre, og begrunner det blant annet med at alle skal føle det trygt å være på jobb, kan det tyde på at de arbeider i lag og deler erfaringer mellom seg. Da oppstår en sosialiseringssprosess. Dette får pleie- og omsorgstjenestene til når det er nok personale tilgjengelig. På sykehjem kan det være en utfordring, fordi en jobber mye alene om de sykepleiefaglige oppgavene og har ingen å dele erfaringer med. Lite ressurser skaper uforutsigbarhet for personalet, som videre skaper negative arbeids- og læringskulturer.

Rapporter, lunsj og småpauser etter måltider eller i forbindelse med møter, er arenaer for møter mellom kolleger. Tradisjonelle muntlige rapporter ønsker kommunens ledelse å rasjonalisere bort. Noen avdelinger har likevel beholdt dem, mens andre har innført stille rapport. Der stille rapport er innført, er en viktig møtearena borte. Det kan medføre at læringsprosessene som har foregått der, får dårligere vilkår. En stille rapport betyr at en oppdaterer seg ved å lese elektronisk journal, og en får slik en teoretisk tilnærming til pasientene, og bare tilgang til eksplisitt kunnskap. Dette hindrer muligheter for refleksjon rundt pasientenes utvikling, som og vil være begrensende for læringsmulighetene i organisasjonen (Wenger, 1998). Avdelingene som fortsatt har muntlig rapport, har argumentert med at det er en verdifull arena for informasjonsutveksling og arbeidsfordeling, som bidrar til å skape et godt arbeidsmiljø.

Nonaka og Takeuchi (1995) ser på kunnskapsutvikling som dynamiske og kontinuerlige prosesser, og mener kunnskap skapes når taus og eksplisitt kunnskap påvirker hverandre. Sosialisering og eksternalisering er de to mest dominerende prosessene, ved at mennesker ”dytter” kunnskap på hverandre (Glosvik, 2009). Wenger (1998) bruker begrepet praksisfellesskapet som arena for læring, og ser på det som en sosial aktivitet. Praksisfellesskap er grupper av mennesker som lærer av hverandre. Ut fra disse teoriene, vil ansattes erfaringskunnskap overføres til andre når kolleger samhandler på en felles arena. Ved å endre rapportene fra en fora der kolleger møtes, til en ren informasjonskanal, har en valgt bort en arena med potensial for organisasjonslæring og organisasjonsutvikling (Levin og Klev, 2002).

Lunsjpausen er inkludert i lønnen, og derfor mente informantene det er naturlig å bruke den til å utveksle viktige beskjeder, til å drøfte problemstillinger rundt pasientene, eller til

undervisning. Da kan en både spise og bli faglig oppdatert samtidig. På grunn av mange oppgaver og begrenset tid, er det ikke alltid anledning til å avvikle en felles pause. Personalmøter er en annen fellesarena, men de blir mest brukt av ledelsen til å gi informasjon til ansatte.

Wenger (1998) sier at det finnes mange ulike former for praksisfellesskap i en organisasjon, og ulike fellesskap vil fungere i mer eller mindre grad. Noen fellesskap vil være mer uformelle enn andre. Lunsjpausen vil, i følge Wenger (1998), være et uformelt praksisfellesskap. Her kan det skje læring, men det vil avhenge av i hvilken grad mening, praksis, fellesskap og identitet er integrert i den sosiale deltakelsen. For at lunsjpausene kan bli en reell arena for læring, må det legges til rette for dialog, trening og tilgang til kunnskapsbaser (ibid). Her må en spørre seg om en ønsker at lunsjpausen, fordi den har potensial for det, skal utvikles til en læringsarena, eller om det er bedre at ansatte beholder lunsjen som et uformelt praksisfellesskap, og en heller prøver å etablere andre og bedre læringsarenaer, eksempelvis i personalmøtene?

Nonaka (1994) sier at informasjon er en flom med meldinger, mens kunnskap skapes først når informasjonen blir forankret i en opplevd forpliktelse hos mottakeren. Det betyr at personalmøtene, i den form de beskrives i studien, skaper lite læring i organisasjonen (Levin og Klev, 2002). For å få til mer læring, må profilen endres fra enveis kommunikasjon til dialog og samhandling. Et tredje alternativ til å skape gode læringsarenaer, er å etablere nye praksisfellesskap, eksempelvis veiledningsgrupper. De to sistnevnte arenaer kan bli mer formelle praksisfellesskap, som bedre kan tilrettelegges for læring og organisasjonsutvikling (Levin og Klev, 2002), enn det som kan skapes i et mer flyktig lunsjfellesskap.

Læring gjennom refleksjon

For å skape læring, må en reflektere over erfaringer og endre atferd. Refleksjon over eget arbeid er en måte å fremme profesjonalitet, faglig vekst og utvikling på. Faglig refleksjon kan være som en del av den daglige virksomheten, eller som en metode i veiledning. Hensikten med slik refleksjon, er primært å utvikle en dypere forståelse for arbeidet en utfører (Strømfors, 2004:37). I følge Argyris (1992, i Illeris 2000:247) er det individene i organisasjonene som skaper læring, men organisasjonen skaper betingelser for hvordan individene i den faktisk lærer. I motsetning til dette, kan individer bringe inn fordommer og begrensninger i en lærings situasjon, som kan være relativt uavhengig av organisasjonens krav

(Strømfors, 2004). Enhver samtale eller meningsutveksling om faglige spørsmål er ikke nødvendigvis faglig refleksjon. Handlingsteorien som utøves, kan si om det faktisk skjer læring (Argyris og Schön, 1996). Det sentrale i forhold til læring, er at man gjennom en engasjert og fokusert samtale, prøver å oppnå en dypere forståelse av noe som en selv har vært delaktig i.

Informantene formidlet at de gir beskjeder og får informasjon, til og fra hverandre, og at det er mye uformell prat når de møtes. Det behøver likevel ikke bety at ansatte er opptatt av at de kan gjøre ting bedre og løse oppgaver på andre måter. I hvilken grad det skjer læring på de arenaene som informantene beskriver, vil avhenge av om de er bevisst hvilke tema de bringer inn, og om kolleger er åpne med hverandre og kan tåle den usikkerheten som oppstår ved at en stiller spørsmål rundt egen praksis (Strømfors, 2004). Denne studien viser at det betyr mye å ha gode kolleger, som en er trygge på, og kan kommunisere med. Arbeidsmiljøet i de fleste avdelingene hevdes å være bra, og informantene sier og at de har kultur for å reflektere over arbeidsoppgaver. Dette er to faktorer som er gjensidig avhengig av hverandre (Wenger, 1998). Stabile personalgrupper, dvs. at ansatte har jobbet lenge nok sammen til at en har fått tid til å bli kjent med hverandre, er medvirkende til at det er lett å spørre hverandre om råd og gi hverandre støtte. Da oppleves det trygt å stille "*de banale spørsmålene*". Da vil også muligheten for refleksjon være til stede (ibid).

Veiledning

Informantene er entydige i at opplæring og veiledning er viktige komponenter i forhold til å holde seg faglig oppdatert. Til tross for at ingen hadde tilbud om systematisk faglig veiledning, og bare noen få hadde erfaring med det, mente alle at veiledningsgrupper er et egnet forum for å ta opp og belyse aktuelle problemstillinger. Informantene som har deltatt i veiledningsgrupper på andre arbeidsplasser, har gode erfaringer med det, og begrunner det med at det gir en anledning både til å snakke om det som er blitt gjort, og om hva som kan gjøres på andre måter. Da får man, gjennom refleksjon, løftet fram tema og tenkt nye tanker sammen. Det er lærerikt.

For at refleksjon skal komme i gang, sier Strømfors (2004), at det må tas utgangspunkt i en konkret hendelse, situasjon eller samtale som en selv har erfart og vært delaktig i. En god refleksjonsprosess vil avhenge både av den som legger fram en hendelse, og temaet det blir fokusert på. Sett opp mot aktuell teori, beskriver de fleste informantene en

organisasjonskultur med potensial for å skape gode læringsarenaer i de kommunale pleie- og omsorgstjenestene, men en god refleksjonsprosess vil også være avhengig av forhold ved institusjonen, altså de ytre rammene (Levin og Klev, 2002). I hvilken grad de ytre rammene, organisasjonsstrukturen, påvirker gode refleksjoner, er mer tvilsomt. Lunsjpauser og andre mer tilfeldige møtepunkt, eller individuelle ad hoc - styrte behov for veiledning kan skape læring, men sett i lys av Wenger (1998) og Argyris og Schön (1996) sine teorier, vil det ikke være optimalt i forhold til å øke kompetanse på rusrelaterte problemstillinger. Levin og Klev (2002) sier at bevisst utforming av arenaer for læring er viktig i ledelse av endringsarbeid. Organisasjonsutvikling handler om å forstå læringsprosesser og skape utvikling, gjennom å forme prosesser.

Alle informantene søker individuell veiledning når de har behov for det. Spørsmål knyttet til rus og psykiatri er spesielt nyttig å drøfte. Slik veiledning er i liten grad planlagt, men gjennomføres når det er tid til det, og når den fagpersonen en ønsker å søke veiledning hos er tilgjengelig. Dette gir lite anledning til å planlegge veiledningen, noe Strømfors (2004) legger inn som en viktig faktor for å få fram refleksjon. Individuell veiledning skaper individuell læring. Gruppeveiledning kan skape læring på flere nivå, både individuelt og på gruppenivå, ved at det er flere som arbeider sammen, reflekterer og lærer nytt samtidig. Det kan skape utvikling i hele organisasjonen (Blåka og Filstad, 2007).

Utover å søke individuell veiledning, holder informantene seg oppdatert ved å gå på kurs og ved å lære av kolleger. Det er lite anledning til teoretisk faglig fordypning i arbeidstiden. Derfor er samhandling en viktig læringsfaktor. Informantene mente at økt samarbeid og bedre avklaring med andre tjenester i forhold til ansvarsområder, kan gi et økt fokus på rus. Dette kan gjøres ved at det etableres samarbeid på tvers av tjenestenivåene, eksempelvis i form av en veiledningsavtale med rusfeltet. Informantene nevnte eksempler på slikt samarbeid med spesialister fra psykisk helsevern og somatisk sykehus. TSB har i henhold til Specialisthelsetjenesteloven § 6-3 et særskilt ansvar for å veilede kommunene i rusrelaterte spørsmål. For å kunne gjennomføre slik veiledning, må dette prioriteres og planlegges av ledelsen.

Rusfeltet har hatt lite fokus på eldre, men en veileder derfra kan bidra med sin kunnskap og erfaring fra rusbehandling av unge og voksne, og gruppedeltakere fra pleie- og

omsorgstjenesten kan bringe sine erfaringer med eldre inn i veiledningen. Alternativt kan en etablere tverretatlige veiledningsgrupper, med deltakere både fra TSB og kommunale pleie- og omsorgstjenester. I følge Nonaka og Takeuchi (1995), vil refleksjon i en slik gruppesammensetting kunne skape ny kunnskap gjennom kombinerte prosesser. Gjensidig erfaringsutveksling kan utvikle helt ny kunnskap om eldre og rus. Det er kunnskap som deltakerne kan ta med tilbake til sine organisasjoner. Slik kan kunnskapen internaliseres både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Det kan danne grunnlag for utvikling av gode intervensjoner for eldre med rusproblemer. Dette er ny og viktig kunnskap som vil bli etterspurt i framtiden.

Oppsummering

Informantenes fortellinger viser at mange har erfaring med rusmiddelbrukende pasienter i pleie- og omsorgstjenestene, men de har i liten grad reflektert over at det har gitt dem kunnskap om eldre og rus. De ansatte har heller ikke delt denne kunnskapen systematisk med andre. Dette kan skyldes at det er få tilrettelagte refleksjonsarenaer i pleie- og omsorgstjenestene. Derfor ser det ut til at det i liten grad har skjedd rusrelatert læring i de sosialiseringprosessene som har pågått (Nonaka og Takeuchi, 1995). De fleste informantene mente de hadde lite kunnskap om rus, og relaterte det til teoretisk undervisning. En metode for å skape bevissthet om den interne erfaringskompetansen, og for å øke den, er å tilrettelegge for faglig refleksjon, eksempelvis i form av veiledning. Informantene ønsker selv undervisning om rusfaglige tema, som blir fulgt opp med refleksjon og praktisk handling. Dette samsvarer med Nonaka og Takeuchi (1995) sin teori om at kunnskapsutvikling skjer gjennom dynamiske og kontinuerlige prosesser, der taus og eksplisitt kunnskap påvirker hverandre.

Eldre og rus er ennå ikke et etablert fagområde, men denne studien viser at det er mye erfaringskunnskap i pleie- og omsorgssektoren. Sykepleiere både i hjemmetjenester og på sykehjem håndterer mange situasjoner med marginale ressurser. De har erfaringskunnskap som kan deles og videreutvikles. Dersom lederne utformer felles arenaer/praksisfellesskap med tanke på å skape læring, vil det kunne lede til endringsarbeid i organisasjonen. Slik kan sykepleiernes erfaringer funderes i kunnskapsbasert praksis. Marginale ressurser og manglende fokus på rus er to faktorer som virker begrensende på utviklingspotensialet, selv om denne studien viser at en enhet ser behovet for og har planer om å utvikle ansattes rusfaglig kompetanse.

Kapittel 6: Avslutning, konklusjon og forslag til videre forskning

Avsluttende analyse

Målet med denne studien har vært å få kunnskap om kommunale pleie- og omsorgstjenester er forberedt på den forventede "eldrebølgen" av rusmiddelbrukere. Analysen bygger på erfaringer som ansatte i tjenestene har etablert i forhold til målgruppen, og hvordan disse blir overført internt i organisasjonene. I følge Nonaka og Takeuchi (1995), vil kunnskapsutvikling skje når taus og eksplisitt kunnskap påvirker hverandre gjennom dynamiske og kontinuerlige prosesser. Avslutningsvis vil jeg prøve å plassere aktuelle funn inn i SEKI-modellen (ibid), med mål om å analysere i hvilken grad disse prosessene finner sted, og om det er rom for læring relatert til rusfaglige spørsmål i kommunale pleie- og omsorgstjenester (fig. 3).

	Taus kunnskap	fra / til	Eksplisitt kunnskap
fra / til	Sosialisering Mye erfaring med eldre og rusrelatert problematikk + Lite personalressurser, men jobber sammen når mulig/behov = deling av kunnskap + Opplæringsvakter - vanlig + Fadderordning – sjelden -		Eksternalisering Åpent og trygt arbeidsmiljø + Uformell refleksjon ved behov + Ingen tilrettelagte refleksjonsarenaer - Muntlig rapport, god arena + Stille rapport, et hinder - Lite personalressurser, få å dele med -
	Mye taus kunnskap om rusrelaterte problemstillinger – noe deling	→	Lite anledning til systematisk refleksjon
Eksplisitt kunnskap	Internalisering "Manualisert" opplæring av nyansatte - Obligatoriske internkurs, ikke om rus - Kurs og videreutdanninger tilbys, ikke i rus - Personalmøter – informasjon/undervisning - Ansatte vil videreformidle kunnskap + Litt deling av kunnskap, men tilfeldig + Lite anledning til faglig fordypning i arbeidstiden –	↑	Kombinering Noe samarbeid med psykiatri og somatikk - en modell + Bruker kunnskap fra psykisk helsevern + Lite forskning om eldre og rus - Ledere har lite fokus på rus - Ikke samarbeid med rusfeltet om eldre pasienter – Lite samhandling mellom lege, sykehus, kommune –
	Lite tilrettelagt for/fokusert på rus	←	Manglende ruskompetanse

Figur 3: Læringsmuligheter relatert til ruskompetanse i kommunal sektor - etter SEKI-modellen (Nonaka og Takeuchi, 1995).

Ved bruk av begrepene i SEKI-modellen, viser denne studien at det er marginalt lagt til rette for kontinuerlige læringsprosesser i de enhetene som er representert i utvalget. I figur 3. har jeg lagt inn funn fra studien, i hver av modellens fire utviklingstrinn, og markert dem med positivt (+) og negativt (-) tegn i forhold til om de er fremmende eller hemmende for kunnskapsutvikling. Videre har jeg lagt inn piler som markerer om det er potensial for bevegelse i kunnskapsspiralen. Når pilene har tversgående streker, indikerer det at mulighetene for bevegelse er liten. To streker antyder mindre bevegelse enn en strek.

Oppsummert viser da SEKI-modellen at den enkelte sykepleiers tause kunnskap i liten grad blir eksternalisert. Det ser ut til å være "haltende" læringsprosesser som mangler dynamikk, og det skaper lite bevegelse oppover i kunnskapsspiralen. Det vil være til hinder for positive læringsprosesser for ansatte i pleie- og omsorgstjenestene relatert til rusmiddelbruk blant eldre tjenestemottakere, og lite rom for endringsarbeid i organisasjonene. Det er heller ikke rom for at erfaringskunnskapen kombineres med TSB (tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige). Det kan videre være til hinder for at spesialisthelsetjenesten får innblikk i kommunenes utfordringer med eldre som bruker rusmidler.

Metodiske begrensninger

Deltakerne i denne studien skulle være sykepleiere uten lederansvar, med minimum fem års erfaring som praktiserende sykepleier. Det var ikke satt noe krav til at de skulle ha videreutdanning. Utvalget er hentet fra tre bydeler i en større norsk kommune. Hvilke erfaringer og kompetansebehov sykepleiere med annen bakgrunn og fra andre arbeidssteder vil ha relatert til rusmiddelbrukende eldre tjenestemottakere i kommunal sektor, kan ikke denne studien si noe om. Studien er basert på intervju med få informanter, men det kom ikke fram store forskjeller i synspunkt og vurderinger blant dem. Jeg kan likevel ikke se bort fra at vurderingene ville vært annerledes i et annet utvalg basert på de samme utvalgskriteriene. Informantene ble rekruttert av egne ledere. At deres fortellingene kunne fått et annet innhold, dersom de ble rekruttert uten at lederne deres kjente til at de deltok, kan jeg heller ikke se bort fra.

Hensikten med denne studien har vært å se på hvilke erfaringer, utfordringer og læringsmuligheter sykepleiere i sykehjem og i hjemmebaserte pleie- og omsorgstjenester opplever å ha i arbeidet sitt relatert til pasienter som bruker rusmidler, og med et særskilt fokus på eldre tjenestemottakere. Utvalget opplevde det noe problematisk å skille mellom

eldre og yngre rusmiddelbrukere, fordi pasienter med rusrelatert problematikk ofte er yngre mennesker i en eldre kropp. I analysene har jeg prøvd å se bort fra de utfordringene som var mest rettet mot yngre rusmiddelbrukere, men med risiko for at det overlapper til eldre pasienter. En spesifikk aldersgrense for hvilke pasienterfaringer som er tatt med i studien, er heller ikke definert.

Konklusjon - med forslag til tiltak og videre forskning

Denne studien viser hvordan erfarne sykepleiere opplever sin egen kompetanse relatert til rusmiddelbrukende pasienter på sykehjem og i hjemmetjenester. Videre beskriver de erfaringer som tjenestene har med målgruppen og belyser hvilke utfordringer de møter i forhold til dem i pleie og omsorgstjenestene. Det siste fokuset i studien har vært rettet mot hvordan det tilrettelegges for at ansatte kan etablere ny kunnskap, med særskilt fokus på rus. Ut fra dette presenteres det her forslag til tiltak, både i forhold til fagutvikling, og i forhold til kunnskapsutvikling og læringsmuligheter i pleie- og omsorgssektoren.

Informantene har mye erfaring med eldre og rusmiddelbruk, men det er i liten grad tilrettelagt for praksisfellesskap der de kan dele denne kunnskapen. Det beskrives et åpent og trygt arbeidsmiljø i pleie- og omsorgssektoren. Ansatte ønsker å dele erfaringene sine med andre og de har behov for mer relevant rusfaglig kompetanse. Det er ikke etablert samarbeid mellom spesialiserte rusfaglige tjenester (TSB) og kommunale helsetjenester overfor eldre tjenestemottakere. Pleie- og omsorgssektoren ser derfor ut til å være lite tilrettelagt for kontinuerlig kunnskapsutvikling i forhold til rusmiddelbrukere som er i behov av deres tjenester.

Et spørsmål en da kan stille til slutt, er om tilbudet til rusmiddelavhengige eldre skal integreres i de tradisjonelle pleie- og omsorgstjenestene, eller om det bør etableres nye tiltak? Studien viser at pasientgruppen skiller seg fra de ”tradisjonelle” pasientene, og er i behov av spesialiserte tiltak. Et alternativ kan være å etablere en halvannenlinjetjeneste, også for denne pasientgruppen? Kanskje det er lettere for kommunen å drifte sykehjem, parallelt med at TSB har en rolle i forhold til det faglige ansvaret?

Med utgangspunkt i studiens funn, er det noen fokus som peker seg ut og kan danne grunnlag for tiltak og videre forskning:

1. Mange informanter beskriver mye skjult rusmiddelbruk, og viser til mange utfordringer i forhold til hvordan de kan avdekke problematisk bruk. I andre nordiske land er det etablert prosjekter som gir opplæring til ansatte i primærhelsetjenesten i forhold til kartlegging og håndtering av alkoholproblemer blant eldre. En evalueringsstudie av dette, som også vurderer om et tilsvarende program kan være aktuelt for pleie- og omsorgstjenestene i Norge, vil være interessant.

2. I Finland er det utviklet et system for å utvikle kompetansen og trygge arbeidsmiljøet til ansatte som arbeider med eldre. Å prøve ut en tilsvarende modell i Norge, vil bedre belyse eventuelle sammenhenger mellom ansattes kompetanse, utrygghet og motivasjon til å arbeide med eldre rusmiddelbrukere.

3. Det har vært gjennomført flere nasjonale rusvaneundersøkelser for unge til middelaldrende voksne, men det er ikke gjort noen tilsvarende undersøkelser av de eldste populasjonene. For å få kunnskap om omfang og rusvaner blant eldre, vil det derfor være av interesse at slike kvantitative studier gjennomføres i alle aldersgrupper.

4. Informantene i denne studien har mye erfaring med rusmiddelbruk blant tjenestemottakerne, og de forholder seg til mange ulike problemstillinger. Studien belyser erfaringer både fra sykehjem og hjemmetjenester. Det kan se ut til at det er noe variasjon i utfordringene. Ut fra dette materialet, er det likevel ikke mulig å konkretisere eventuelle forskjeller, selv om funnene samsvarer med hypotesene som ble presentert i kapittel 3. Det kan derfor være interessant å se nærmere på hva som skiller de to tjenestene, slik at en bedre kan vurdere om det er nødvendig med differensierte kompetansehevende tiltak relatert til rusfaglige problemstillinger. Dette kan for eksempel gjøres gjennom en kvantitativ studie rettet mot ansatte i tjenestene, med spørsmål basert på erfaringer fra denne studien.

5. Denne studien konkluderer med at det i liten grad er tilrettelagt for kontinuerlig kunnskapsutvikling i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Personalressurser ser ut til å være en nøkkelfaktor for å kunne etablere gode læringsarenaer. For å skape en lærende

organisasjon, må det være en organisasjonskultur og -struktur som er tilrettelagt for dette. Det er en lederoppgave. Det vil derfor være interessant å belyse funn fra denne studien opp mot de utfordringene lederne av tjenestene møter i sitt arbeid. Dette kan eksempelvis gjøres gjennom et fokusgruppeintervju med avdelingsledere/gruppeledere på sykehjem og i hjemmetjenester. Slik kan en få fram krav og utfordringer som lederne møter, og analysere de opp mot de utfordringene og læringsbehovene som ansatte i kommunal sektor har presentert i denne studien om eldre og rusmiddelbruk.

Etterord

Kvale (1997) sier at analysen starter i det første intervjuet, men det blir ikke like tydelig for meg når den faktisk slutter? Min erfaring så langt er at en kan holde på med analysen i det uendelige, fordi det har dukket opp nye momenter hver gang jeg har lest gjennom materialet. Jeg har tenkt og erfart og reflektert og lært, mer og mer, etter hvert som jeg har jobbet med denne analysen. Og om jeg hadde tatt opp igjen samtalene med informantene i dag, ville kanskje bildet blitt noe annerledes og sannsynligvis mer utfyllende? Trolig vil informantene også ha utviklet erfaringsrepertoaret sitt i denne perioden. Jeg må likevel en gang sette sluttstrek for denne studien.

Litteratur

Ahlström, S. (2008): *Alcohol use and problems among older women and men: A review*. Nordic studies on alcohol and drugs (NAD), 25:2, s. 154-161. Helsingfors.

Argyris, C. og Schön, D. (1996): *Organizational Learning II: Theory, Method and Practice*. Addison-Wesley. Reading. Mass.

Benner, P. (1984): *From Novice to Expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Addison Wesley. London.

Bercks, J. og McCormick, R. (2008): Screening for alcohol misuse in elderly primary care patients: a systematic literature review. I *International Psychogeriatrics*, 20:6, s. 1090-1103. Cambridge University Press. U.K.

Blåka, G. og Filstad, C. (2007): *Læring i helseorganisasjoner*. J.W. Cappelen Forlag AS. Oslo.

Bowman, P.T. og Gerber, S. (2006): Alcohol in the older population. I *The Case Manager*, 17:6, s. 48-53. Elsevier B.V.

Bø, I. og Helle, L. (2002): *Pedagogisk ordbok*. Universitetsforlaget. Oslo.

Bäcklund, S., Enstad, F., Frøyland, K., Gimse, A.Ø., Hoel, I., Ingerslev, H. (2010): *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. 03/2010. Helsedirektoratet, Oslo

Cummings, S-M., Bride, B., Cassie, K.M og Rawlins-Shaw, A. (2008): Substance Abuse. I *Journal of Gerontological Social Work*, 50:3:1, s. 215-241. Routledge Taylor&Francis. U.K.

Coogle, C.L., Osgood, N.J. og Parham, I.A. (2000): Addiction Services: A Statewide Model Detection and Prevention Program for Geriatric Alcoholism and Alcohol Abuse: Increased Knowledge Among Service Providers. I *Community Mental Health Journal*, 36:2, s. 137-148. ProQuest Medical Library, Canada.

Crome, I. og Crome, P. (2005): "At your age, what does it matter?" – myths and realities about older people who use substances. I *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 12:5, s. 343-347. U.K.

Dreyfus H. L. og Dreyfus S.E. (1986): *Mind over Machin: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*. Basil Blackwell. Oxford.

EONN/ EMCDDA (2008): Stoffbruk blant eldre voksne: et oversett problem. I *Fokus på narkotika*, april-juni 2008. Europeisk overvåkningscenter for narkotika og narkotikamisbruk. Lisboa.

Gilje, N. og Grimen, H. (1993): *Samfunnsvitenskapens forutsetninger*. Universitetsforlaget Oslo.

Glosvik, Ø. (2008): *Om leiing og læring i profesjonsorganisasjonar*. Paper presentert på NEON 2002. Tromsø.

Glosvik, Ø. (2009): *Leiing og endring av organisasjonar (OR684)*. Forelesning vårsemester 2009, Høgskulen i Sogn og Fjordane. Førde.

Grønmo, S. (2004): *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget. Bergen.

Gurnack, A. (1997): *Older Adults' Misuse of Alcohol, Medicines, and Other Drugs. Research and Practice Issues*. Springer Publishing Company. New York.

Hallgren, M., Høgberg, P. og Andreasson, S. (2009): *Alkohol consumption among elderly European Union citizens. Health effects, consumption trends and related issues*. Swedish National Institute of Public Health. Stockholm

Horverak, Ø. og Bye, E. (2007): *Det norske drikkemønsteret. En studie basert på intervjudata fra 1973-2004*. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS). Oslo.

Illeris, K. (2000): *Tekster om læring*. Roskilde Universitetsforlag. Fredriksberg.

IS-12/2004: *Lov om pasientrettigheter*, Sosial- og helsedirektoratet. Oslo.

IS-1162 (2005): *...og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*, Sosial- og helsedirektoratet. Oslo.

IS-1455 (2007): *Tidlig intervensjon på rusområdet. Sentrale perspektiver – aktuelle målgrupper og arenaer*. 06/2007. Sosial og helsedirektoratet. Oslo

Johnsen, J. (2010): Snakk om alkoholforbruket. I *Psykisk*, 02/10 s. 9. Helsedirektoratet. Oslo

Jyrkämä, J. og Haapamäki, L. (2008): *Åldrande och bruk av alkohol. En summerande översikt av nordisk forskning och diskussion*, Nordisk center för alkohol- och drogforskning (NAD). Helsingfors.

Klyve, A. (2006): Endimensjonal kunnskapsjakt. Hva er legitim kunnskap i det profesjonelle rusfeltet? Og er vi dømt til tidløs ubegripelighet? I *Rus & avhengighet*, nr 4, s. 30-32. Universitetsforlaget. Oslo.

Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Ad notam Gyldendal. Oslo.

Laake, K. (2003): *Geriatriske praksis*. Gyldendal akademisk. Oslo.

Levin, M. og Klev, R. (2002): *Forandring som praksis. Læring og utvikling i organisasjoner*. Fagbokforlaget. Bergen.

Lov 1999-07-02 nr 63: *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Sist endret LOV-2008-12-19-109, fra 2009-01-01. HOD (Helse- og omsorgsdepartementet). Oslo.

LOV 1999-07-02 nr 64: *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Sist endret LOV-2008-06-27-65 fra 2009-01-01. HOD (Helse- og omsorgsdepartementet). Oslo.

Lønningen, P. (2008): Advarer mot eldrebølgen. I *Megafon – gatemagasinet i Bergen*. 11/08, s 6-11. ALF A.S.. Bergen.

McGilton, K.S., Bowers, B., McKenzie-Green, B., Boscart, V. og Brown, M. (2009): How do Charge Nurses view their roles in Long-Term Care? I *Journal of Applied Gerontology*, 28, s. 723-42.

Miller, W.R. og Rollnick, S. (2002): *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. The Guilford Press. New York.

Meyer, S., Eilertsen, G., Ytrefhus, S. (2010): Meningsfullt arbeid på sykehjem – erfarne sykepleieres perspektiv. I *Sykepleien forskning*, 02/10: 5, s. 148-154. Sykepleien. Oslo.

Nielsen, C. K. (2010): Et forsøg på "fredelig" sameksistens mellem alderdom, alkohol og medicin. I *STOF tidsskrift for stofmisbrugsområdet*, nr 14, vinter 2009-2010, s. 7-10. Center for Rusmiddelforskning. København.

- Nilsen, E.S., Underland, V. og Johansen, M. (2010): *Motivernde samtale for å endre levevaner. Litteratursøk med sortering*. Notat 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo.
- Nonaka, I. (1994): A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. I *Organization Science*, 5:1, s. 14-37. INFORMS. Hanover. M.D.
- Nonaka, I. og Takeuchi, H. (1995): *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create Dynamics of Innovation*. Oxford University Press. New York.
- Norsk Sykepleierforbund (NSF) (2009): Konkurransetsetting av hjemmebaserte tjenester i Bergen Kommune. I *Medlemsbrevet*, 2:2009, s. 17. Norsk Sykepleierforbund Hordaland. Bergen.
- O'Connell H., Chin, A.V., Cunningham, C. og Lawlor, B. (2003): Alcohol use disorders in elderly people – redefining an age problem in old age. I *British Medical Journal*, 327 (September): s. 664-667.
- Orvik, A. (2004): *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo.
- Polanyi, M. (1967): *The Tacit Dimension*. Doubleday. Garden City, N.Y.
- Rapport fra helsetilsynet (3/2007): *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2006 med tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere*. Statens Helsetilsyn. Oslo.
- Ringdal, K. (2001): *Enhet og mangfold*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Ryle, G. (1949): *The Concept of Mind*. Hutchinson. London.
- Sattar, S.P., Padala, P.R., Prasad, R., McArthur-Miller, D., Roccaforte, W.H., Wengel, S.P. og Burke, W.J. (2007): Impact of Problem Alcohol Use on Patient Behavior and Caregiver Burden in a Geriatric Assessment Clinic. I *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 20:2, 120- 127. Sage. California.
- Schön, D. (1983): *The Reflective Practitioner: how professionals think in action*. Temple Smith. London.
- Senge, P. (1998): *Den femte disiplin*. Egmont hjemmets forlag. Oslo.
- St.meld. nr 16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken*. Helsedepartementet. Oslo.
- St.meld. nr 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- St.prp.nr.1 (2007-2008): *Statsbudsjettet for budsjettåret 2008: Opptrappingsplanen for rusfeltet*. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- Strømfors, G. (2004): *Faglig refleksjon over egen praksis*. Rusmiddelstaten. Oslo
- Sulander, T. (2009): Alt fler äldre tackar ja till alkohol. I *Nordisk alkohol og narkotikatidsskrift*, vol. 26. 2009, nr 5, s 417-426. THL. Helsingfors.
- Thagaard, T. (2002): *Systematikk og innlevelse*. Fagbokforlaget. Bergen.

Thorsen, K. (2005): Flere ensomme? Om ensomhet i den senmoderne tid. I *Aldring og livsløp*, (3): s. 2-6. Fagbokforlaget. Bergen.

Voyer, P., Cappelier, P., Perodeau, G. og Preville, M. (2005): Mental Health for Older Adults and Benzodiazepine Use. I *Journal of Community Health Nursing*, 22:4, s. 213-229. Canada.

Wenger, E. (1998): *Communities of Practice*. Cambridge University Press. Cambridge.

Øgar, P. og Hovland, T. (2004): *Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene*. Gyldendal Akademisk. Oslo.

<http://www.caplex.no/Web/ArticleList.aspx?query=kompetanse>

http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hApp_101/hPKey_11134/hParent_8/hDKey_1

<http://www.fylkesmannen.no/fagom.aspx?m=1130&amid=2588148>

http://www.helsedirektoratet.no/gravid/alkohol_og_andre_rusmidler/sos/hva_er_en_alkoholenhet_6_10824

<http://www2.helsekompetanse.no/atutor/108/content/4631>

<http://www.sirus.no/internett/statistikk/article/1157.html>

<http://no.wikipedia.org/wiki/Kompetanse>

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Rusmiddelbruk blant eldre som mottar pleie- og omsorgstjenester i kommunen.

Kandidat nr:

Kjønn:

Alder:

Type avdeling:

Forskningsspørsmål 1: **Hvilken erfaring har ansatte i kommunehelsetjenesten med rusmiddelbruk blant tjenestemottakere?**

Jeg ønsker at du skal fortelle om dine erfaringer fra pleie- og omsorg med pasienter/brukere som tidligere har brukt rusmidler eller bruker det nå. Med rusmidler mener jeg både legale rusmidler (alkohol), illegale rusmidler og illegal medikamentbruk.

- Har du møtt pasienter/brukere som har vært synlig ruset?
 - Hva kjennetegner dem? Hvilke rusmidler? Alder? Kjønn?
- Hvordan opplever du det er å jobbe med pasienter som ruser seg / har rusproblemer? Noen dilemma? Kan du fortelle om det?

Jeg ønsker også at du skal si litt om hvilke utfordringer har du møtt i ditt arbeid knyttet til rusmiddelbruk og eldre tjenestemottakere, og på hvilken måte det har vært utfordrende?

- Kan du si litt om på hvilken måte rusmiddelbruken har hatt betydning for eller har hatt innvirkning på tjenesten du har utført?
- Er det forskjellige utfordringer mht hvilke rusmidler som er inne i bildet (alkohol, medikamenter eller illegale stoffer)? Hvordan?

Forskningsspørsmål 2: **Hvilken kunnskap har ansatte i kommunehelsetjenesten om rusmiddelspørsmål?**

Om utdanning og jobberfaring

- Hvor lenge har du hatt denne jobben?
- Hvor lenge er det siden du var ferdig utdannet sykepleier?
- Har du tatt videreutdanning? Hvilken?
- I hvilken grad har du fått undervisning om rusmidler og rusmiddelproblemer (i grunnutdanning / i videreutdanning)?
- Har videreutdanningen hatt betydning for hvordan du har opplevd møtet med rusmiddelbrukere?

- Og på hvilken måte har denne kunnskapen vært relevant for ditt arbeid i pleie- og omsorg?
- Har du noen gang reflektert over at rusmiddelbruk har vært årsak til symptomer og sykdom hos pasienten? Hva fikk deg til å tenke det? Hvilke symptomer/sykdommer var det?

Om tilbud/organisering

- Og nå vil jeg spørre litt om hvilken kultur det er på avdelingen/sykehjemmet mht servering av alkohol til pasienter?
- Hvilke tanker har du selv om å servere alkohol til pasienter?

Og så et fremtidsbilde?

- Hvordan mener du tjenestetilbudet til eldre rusmiddelbrukere bør være i Bergen?
 - Hvorfor mener du det bør være slik?

Forskningsspørsmål 3: Hvilke læringsmuligheter har ansatte i kommunehelsetjenesten?

Organisering av læring og kompetanseheving

Nå vil jeg at du forteller litt om hvordan det tilrettelegges for læring og kompetanseheving på arbeidsplassen din?

- Hvordan blir nyansatte introdusert til arbeidsoppgaver?
- Hvordan ble det tilrettelagt for deg når du begynte?
- Hvordan organiseres internopplæringen?
- Hvordan kan du selv jobbe med kompetanseheving i arbeidshverdagen din?
- I hvilken grad blir du oppfordret til å ta videreutdanning?
- I hvilken grad blir du oppfordret til å gå på kurs?
- Har du tilbud om veiledning, og hvordan organiseres dette?
- Hvilken betydning har internopplæring og/eller veiledning for deg?
- I hvilken grad har kunnskap/kompetanse du har tilegnet deg gjennom kurs du har gått på, blitt tatt i bruk i arbeidshverdagen din?
- Og evt. hvordan tok du den nye kunnskapen inn i avdelingen/på arbeidsplassen din?
- Har du erfaring fra andre jobber?
 - Ble opplæring/kompetanseheving på den arbeidsplassen organisert på annen måte enn der du er i dag - På hvilken måte?
 - Kan du fortelle hva som eventuelt var bedre der?

- Har du noen gang deltatt på kompetansehevende kurs/tiltak der rusmiddelbruk var tema? Ønsket du det selv? Ble du oppfordret av leder?

Organisasjonskultur / kommunikasjon

- Hvordan jobber du? Løser du arbeidsoppgaver alene eller sammen med kolleger?
- Når er det anledning til å snakke sammen på avdelingen?
- Og hva snakker dere om (tema)?
- Opplever du at dere har tid/anledning til å **reflektere** over egne arbeidsoppgaver?
- Hva betyr kollegene dine for deg?
- Og hva betyr lederen din for deg?
- Hva mener du din leder bør gjøre for deg og dine medarbeidere mht å sikre/utvikle opplæring på de områdene vi nå har snakket om?
- Og hva vil være (spesielt) viktig for deg?
- Dersom du får anledning til å øke din kompetanse - hva må til for at du får lyst til å videreformidle det du har lært til kollegaene dine?

Og så helt til slutt:

Er det noe mer du vil fortelle om temaet eldre og rusmiddelbruk på sykehjem (i pleie- og omsorg)?

Oppgaven planlagt ferdig til sommeren, men kan strekke seg ut over neste høst.

Takk for hjelpen

Vedlegg 2: Informasjonsbrev

Informasjon til informanter:

Kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer, kunnskapsbehov og læringsmuligheter i kommunal pleie- og omsorgstjeneste relatert til rusmiddelbrukende eldre.

Navnet mitt er Liv Flesland og jeg kontakter deg i forbindelse med overnevnte prosjekt. Jeg er mastergradsstudent ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for økonomi, leing og reiseliv, seksjon for organisasjon og leing. I tillegg jobber jeg som spesialkonsulent ved Kompetansesenter rus – region vest, Bergen.

Jeg holder nå på med masteroppgaven, og i den anledning inviterer jeg deg til å være informant i studien jeg skal gjennomføre. Temaet for studien er:

”Rusmiddelbruk blant eldre som mottar pleie- og omsorgstjenester i kommunen.”

Jeg vil studere kunnskapsbehov, læringsmuligheter og lederutfordringer i kommunehelsetjenesten knyttet til temaet eldre og rusmiddelbruk, sett i lys av ”eldrebølgen” og nasjonale satsningsområder for rusfeltet. Målet med studien er å undersøke erfaringer og kunnskapsbehov blant ansatte i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i forhold til eldre som bruker rusmidler, og gjennom dette fremskaffe kunnskap som kan bidra til kompetanseutvikling og kvalitetsarbeid på dette området.

Jeg ønsker å samle erfaringer fra sykepleiere som jobber i hjemmebaserte tjenester og på sykehjem, i en større kommune i Norge. Jeg har fått tillatelse fra NN kommune til å gjennomføre studien. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning (NSD).

Deltakelse i studien innebærer at du er villig til å la deg intervjuet av undertegnede. Intervjuet vil vare cirka 1 time, vil fortrinnsvis bli avviklet på din arbeidsplass, og er planlagt gjennomført i løpet av høsten 2009. Det er ønskelig at du samtykker til at det blir gjort lydopptak av intervjuet. Jeg håper du har anledning til å sette av tid til å snakke med meg.

Alt datamateriale vil bli oppbevart forsvarlig og innelåst, uten tilgang for andre enn undertegnede. Navneliste over deltakere i prosjektet vil bli oppbevart separat fra det øvrige datamaterialet. Ved offentliggjøring av oppgaven, vil deltakere og datamateriale bli behandlet anonymt. Som deltaker aksepterer du at analyseresultatene (samlet) vil kunne bli brukt som

ledd i forskningsarbeid, og kan videre offentliggjøres gjennom konferanser, i vitenskaplige og akademiske tidsskrift og ved publikasjon av masteroppgaven.

Først når du samtykker til deltakelse, vil jeg via din arbeidsgiver få vite hvem du er. Du kan da gjerne kontakte meg, eller jeg kontakter deg i løpet av et par uker, for å avtale tidspunkt for intervju. Din deltakelse er frivillig, og du har anledning til å trekke deg ut av prosjektet når som helst. Om du ikke ønsker delta, eller du skulle ønske å trekke deg fra studien, vil ikke det få noen innvirkning på ditt forhold til arbeidsgiver.

Ta gjerne kontakt dersom du har spørsmål:

Liv Flesland, mobil 91664062, arbeid 55908633,

e-post: lifl@bergensklinikkene.no eller livhf@stud.hisf.no

Veileder for masteroppgaven er stipendiat Olina Kollbotn ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for økonomi, leiing og reiseliv, seksjon for organisasjon og leiing. Hun kan kontaktes dersom du har ytterligere spørsmål knyttet til prosjektet:

e-post: olina.kollbotn@hisf.no, telefonnr: 57676138/93641256.

Informert samtykke

Jeg gir herved samtykke til å delta i studien av sykepleieres erfaringer og kunnskapsbehov i forhold til rusmiddelbrukende eldre i kommunale pleie- og omsorgstjenester, utført av mastergradsstudent Liv Flesland, Høgskulen i Sogn og Fjordane. Jeg har fått orientering om studiens innhold og målsetting. Jeg er blitt informert om at deltakelse i studien er frivillig, og at jeg når som helst og uten forklaring kan trekke min deltakelse tilbake, inntil oppgaven er skrevet.

Jeg er blitt gjort kjent med at intervjuet og opplysningene behandles konfidensielt, at bearbejdede data ved publikasjon holdes anonyme og at alt datamateriale makuleres senest ved prosjektslutt, dvs. når mastergradsoppgaven er publisert. Prosjektet er planlagt å være slutført innen 31.12.2010. På dette grunnlag gir jeg mitt samtykke til å delta i dette intervjuet.

Dato:

Deltakerens signatur:

Vedlegg 3: NSD-melding

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Olina Kollbotn
Avdeling for økonomi, leining og reiseliv
Høgskulen i Sogn og Fjordane
Fossbygget
Fossvegen 6
6851 SOGDAL

Vår dato: 24.08.2009

Vår ref: 22395 / 2 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.08.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

22395
Behandlingsansvarlig
Daglig ansvarlig
Student

Rusmiddelbruk blant eldre som mottar pleie- og omsorgstjenester i kommunen
Høgskulen i Sogn og Fjordane, ved institusjonens overste leder
Olina Kollbotn
Liv Holmefjord Flesland

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2010, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Liv Holmefjord Flesland, Mildegeilen 18, 5259 HJELLESTAD