

Anette Stefferud Bø
Merete Stubbene

Hvordan kan sykepleieren i hjemmetjenesten ivareta den eldre alkoholiserte pasienten.

In what way can nurses in community care best
attend alcoholic patients.

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lisbeth Kjelsrud Aass
Mai 2019

Anette Stefferud Bø
Merete Stubbene

Hvordan kan sykepleieren i hjemmetjenesten ivareta den eldre alkoholiserte pasienten.

In what way can nurses in community care best
attend alcoholic patients.

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Lisbeth Kjelsrud Aass
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleieren i hjemmetjenesten ivareta den eldre alkoholisererte pasienten.	Dato : 16.05.19
Deltaker(e)/	Anette Stefferud Bø	
	Merete Stubbene	
Veileder(e):	Lisbeth Kjelsrud Aass	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Hjemmesykepleie, alkohol, eldre, motiverende intervju, endringsprosess.	
Antall sider/ord: 9741/44	Antall vedlegg:	
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: I Norge er alkohol et av de vanligste rusmidlene og det er en stadig økning. Samtidig øker alderen i den norske befolkningen. Dagens eldre har doblet alkoholforbruket sammenlignet med for noen tiår siden. Dette vil føre til at det blir flere pasienter med rusproblemer som mottar hjemmesykepleie. Denne utviklingen er avhengig av en omstillingen i helsesektoren med fokus på økt kompetanse, rekruttering og god ledelse.</p> <p>Hensikt: Å belyse faktorer som påvirker sykepleien for å ivareta den eldre alkoholisererte pasienten og motivere til endringer av helseskadelige alkoholvaner. Hvordan holdninger og kunnskap hos de ansatte i hjemmesykepleien påvirker omsorgen for denne pasientgruppen.</p> <p>Metode: Denne litteraturstudien bygger på fag- og forskningsbasert kunnskap. Det ble utført strukturerte søk i Medline, Swemed, Pubmed, Cinahl og Idunn. 5 forskningsartikler ble valgt ut.</p> <p>Resultat: Forskning viser at mangel på kunnskap om alkoholproblemer og stigmatisering av pasientgruppen fører til dårlige holdninger og usikkerhet hos de ansatte. Dette fører til at samtaler om, og kartlegging av alkoholkonsumet ofte uteblir. For at pasientene skal få trygge, helhetlige og kvalitativt gode tjenester må kompetansen heves.</p> <p>Konklusjon: Mangel på kunnskap og holdninger kan være til hinder for å gi denne pasientgruppen den hjelpen de har behov for. Kunnskap om alkohol og avhengighetsproblematikk kan endre helsepersonells holdninger og destigmatisere pasientene. Det må utvikles og implementeres kartleggingsverktøy som er tilpasset denne aldersgruppen for å avdekke alkoholproblem. Dette vil gjøre det naturlig å føre en samtale om alkohol med pasientene.</p>		

ABSTRACT

Title:	In what way can nurses in community care best attend alcoholic patients.	Date : 16.05.19
Participants/	Anette Stefferud Bø Merete Stubbene	
Supervisor(s)	Lisbeth Kjelsrud Aass	
Keywords (3-5)	Home care, Alcohol, Eldrely, Motivational interview, Change prossess.	
Number of pages/words: 9741/44	Number of appendix:	
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Background: In Norway, alcohol is one of the most common drugs and the abuse is steadily increasing. At the same time, the age of the Norwegian population increases. Elderly today have doubled alcohol consumption compared to a few decades ago. This will result in more patients with substantial abuse problems receiving home care. This development is dependent on a restructuring of the health sector with focus on increased expertise, recruitment and good management.</p> <p>Aim: To elucidate factors that affect nursing in order to care for the elderly alcoholic patient and to motivate changes in harmful alcohol habits. How attitudes and knowledge of the employees in the home nursing care affect the care of this patient group.</p> <p>Method: This literature study is based on scientific and research-based knowledge. Structured searches were carried out in Medline, Swemed, Pubmed, Cinahl and Idunn. 5 research articles were selected.</p> <p>Results: Research shows that lack of knowledge about alcohol problems and stigmatization of the patient group leads to poor attitudes and uncertainty among the employees. This means that conversations about, and mapping of alcohol consumption often is absent or fails. For the patients to receive safe, comprehensive and good quality services the competence must be improved.</p> <p>Conclusion: Lack of knowledge and attitudes may obstruct giving this patient group the help they need. Knowledge about alcohol and addiction issues can change the health personnel's attitudes and destigmatize the patients. Mapping tools adapted to this age group must be developed and implemented to uncover alcohol problems. This will make it natural to have a conversation about alcohol with the patients.</p>		

Spranget

For å leve vårt eget liv må vi
ofte gjøre vågale sprang.

Vi må ta valg som kan få
konsekvenser både for eget
og andres liv.

Vi må tørre se det vi ser,
Kjenne det vi kjenner.

Vi må tørre å ta sjanser og
bryte ut av gamle mønstre.
Mønstre som er trygge om
ikke alltid gode.

Vi må tørre å leve i uvissheten.
tomrommet, redselen og
utryggheten.

For å vinne livet.
Vårt eget liv.

For å vinne friheten.
Den indre friheten,

For å komme hjem.
Til oss selv.

Det handler om å gjøre
Spranget.

Rita Anne Berntsen

1.0 Innledning.....	5
2.0 Teoretisk- og forskningsbasert bakgrunn.....	6
2.1 Rusavhengighet.....	6
2.2 Nasjonale mål.....	7
2.3 Hjemmesykepleien.....	8
2.4 Holdninger og kunnskap blant helsepersonell.....	9
2.5 Motiverende Intervju (MI).....	10
2.6 Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter.....	13
Hensikt:.....	13
Problemstilling:.....	13
3.0 Metode.....	14
3.1 Datainnsamling og analyse.....	14
4.0 Resultatpresentasjon.....	20
5.0 Analyse.....	25
5.1 Forekomst og kartlegging av rusmisbruk blant pasienter i hjemmesykepleien.....	25
5.2 Mangel på kunnskap og samarbeid.....	27
5.3 Holdninger og stigmatisering.....	28
5.4 Motiverende intervju.....	29
6.0 Diskusjon.....	31
6.1 Forekomst og kartlegging av rusmisbruk blant pasienter i hjemmesykepleien.....	31
6.2 Mangel på kunnskap og samarbeid.....	32
6.3 Holdninger og stigmatisering.....	34
6.4 Motiverende intervju.....	36
6.5 Metodiske overveielser.....	37
7.0 Konklusjon.....	39
8. Litteraturliste.....	40

1.0 Innledning.

Alkohol er det vanligste og mest brukte rusmiddelet i Norge, og alkoholkonsumet i den norske befolkningen har økt betraktelig de siste ti årene. Dette medfører store skadevirkninger og økt risiko for en rekke direkte og indirekte alkoholrelaterte skader (Helsedirektoratet, 2010). Dagens eldre har doblet alkoholforbruket sammenlignet med forbruket eldre hadde for et par tiår siden. Det har blitt færre avholdende i denne aldersgruppen og eldre drikker alkohol oftere enn før. I løpet av perioden 1997-2008 økte andelen eldre over 70 år med problematisk alkoholforbruk fra under 0,5 prosent til 4,5 prosent (Actis, 2017). Samtidig blir den norske befolkningen stadig eldre, og dette vil føre til at flere pasienter med rusproblemer etter hvert trenger hjelp fra hjemmesykepleien (Flesland, 2014).

Personer med rusmiddelproblemer har rett til tjenester av god kvalitet. Etter at Samhandlingsreformen (St.meld 47 (2008-2009)) med mottoet "Rett behandling - på rett sted - til rett tid" kom, har det vært et behov for å øke kvaliteten på tjenestene og kompetansen om rusmiddelproblematikk (Helsedirektoratet, 2012). I en undersøkelse utført av Johansson, Bendtsen og Åkerlind (2000) kommer det frem at kun 18 av 119 sykepleiere mener de har god kunnskap når det gjelder å oppdage og utføre intervensjon når pasienten har høyt alkoholinntak. Personalet er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenestene. Utvikling og omstilling i sektoren er helt avhengig av økt kompetanse, rekruttering og god ledelse (Helsedirektoratet, 2012).

Denne oppgaven omhandler eldre hjemmeboende pasienter med alkoholproblemer som mottar hjemmesykepleie, og hvordan kunnskapen og holdningene til sykepleier påvirker helsehjelpen. Eldre er ifølge WHO definert som de over 60 år (Engedal, 2019).

I offentlige utgivelser brukes det mange begrep når det gjelder alkohol- og rusmiddelbruk. Ofte sees alkohol, medikamentmisbruk og illegale rusmidler under ett. Selv om denne oppgaven har fokus på pasienter med alkoholproblemer, har det vært naturlig å skrive en del om rus generelt, fordi alle typer rusmisbruk skaper utfordringer for både pasienter og pleiepersonell.

2.0 Teoretisk- og forskningsbasert bakgrunn.

I dette kapittelet presenteres det og redegjøres for relevant teori som skal belyse problemstillingen.

2.1 Rusavhengighet.

I Norge brukes den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10 til å diagnostisere rusproblemer. ICD-10 skiller mellom et skadelig forbruk og avhengighet til rusmidler. Skadelig bruk kjennetegnes med et bruksmønster der inntak av rusmidler gir alvorlige fysiske og/eller psykologiske skader. Avhengighet kjennetegnes med en sterk lyst eller trang til å innta rusmiddelet, problemer med å kontrollere inntaket og å kunne stoppe før en mister kontrollen. Abstinens når virkningen av stoffet opphører, og toleranseutvikling, er andre tegn på avhengighet. For mange vil rusmiddelbruken etter hvert overskygge alt annet i livet til tross for mange negative konsekvenser (Lossius, 2012).

Rusavhengighet er en type tvang, og den tvangsmessige bruken er utenfor bevisst kontroll. Det nytter ikke bare å «ta seg sammen»! Avhengighet er en kronisk tilbakevendende lidelse. På kort sikt vil mange oppnå rusfrihet, men det er ganske uvanlig å holde seg helt borte fra rusmidler over tid (Bramness, 2012). Rusmidler påvirker belønningssenteret i hjernen, noe som gjør at brukeren vil ha mer, og delene av hjernen som er aktive når vi opplever nærhet og glede i forhold til andre mennesker påvirkes også. Derfor kan rusmidler etter hvert utkonkurrere og erstatte behovet for gode relasjoner til andre. Rusmidler kan endre intensiteten i følelser som sinne, tristhet og glede, dempe ulike former for angst og uro, og holde alvorlig spiseforstyrrelse og selvskading i sjakk. Rus kan også fungere som «timeout» der hverdagens realiteter blir satt på vent, den kan fylle emosjonelle tomrom og dempe fysiske og psykiske smerter (Lossius, 2012).

Hver enkelt pasient er unik, og det finnes ingen fasit i rusbehandling. Vellykket behandling forutsetter en god terapeutisk allianse, som igjen forutsetter at hver enkelt blir møtt med forståelse, empati og respekt (Kronholm, 2012). Endring tar tid, og krever tålmodighet både hos den rusavhengige selv og hos behandlingsapparatet. Mange ulike faggrupper bør

engasjeres i et tett samarbeid rundt pasienten for å øke sjansene for et godt resultat (Bramness, 2012).

2.2 Nasjonale mål.

I Norge er det ingen offisielle grenseverdier for hva som utgjør et risikofylt alkoholforbruk. Det er anbefalt å unngå mer enn to påfølgende drikkedager og tre drikkedager pr uke (Norsk helseinformatikk, 2016). Det er vanskelig å definere hvor grensene går mellom et høyt forbruk og et rusproblem, fordi det er glidende overganger og individuelle forskjeller.

Alkoholkonsumet kan også variere i perioder og livsfaser (Helsedirektoratet, 2010).

I nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 er det en opptrappingsplan for rusfeltet. Denne har fem hovedmål i tillegg til delmål. Hovedmålene er å styrke forskning og undervisning, styrke kompetanse og rekruttering, styrke kvaliteten i tjenestene, bedre dokumentasjon og statistikk og heve kvaliteten i frivillig sektor. Det er fortsatt behov for å videreføre og styrke den langsiktige innsatsen for å øke kompetansen i kommunene (St.meld 30 (2011-2012)). Tiltak som har vist seg å gi gode resultater, er kartlegging av personer med risikofylt høyt konsum og motivasjonssamtaler med disse i primærhelsetjenesten. Det er utviklet verktøy for å identifisere personer som har et høyt alkoholforbruk og hjelpe dem til å drikke mindre. Målet til regjeringen er å redusere negative konsekvenser av rusmisbruk for både enkeltpersoner og for samfunnet. Det er også et mål å bidra til flere friske leveår for befolkningen (St.meld 30 (2011-2012)).

I 2014 kom veilederen “Sammen om mestring”. Hensikten med veilederen er å peke på utfordringer og muligheter i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid. Målet er å klargjøre nasjonale forventninger og stimulere til videreutvikling og forbedring av tjenestetilbudet. Ansatte i hjemmetjenesten som ikke har spesiell kompetanse på rus og psykiske helseproblemer bør få tilbud om strukturert veiledning fra øvrig rus- og psykisk helsepersonell for å styrke sin kompetanse i å håndtere vanskelige situasjoner. Dette gjør også tjenestene mer tilgjengelige for personer med psykiske helse- og rusproblemer. Hjemmesykepleien bør se alkoholbruk som en faktor i forhold til helseplager for å kunne avdekke og intervensere i forhold til rusmiddelbruk (Helsedirektoratet, 2014).

2.3 Hjemmesykepleien.

Hjemmesykepleien har ansvar for å yte grunnleggende pleie- og omsorgstjenester til innbyggere som bor i eget hjem. Tjenestene skal ivareta pasientenes basale fysiologiske behov, som ernæring, eliminasjon, personlig hygiene og legemiddelhåndtering, men også psykososiale behov som fellesskap og nærhet (Løken og Kirchhoff, 2018). De kommunale helsetjenestene blir styrt ut fra blant annet Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Noen av lovens formål er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne. Tjenestetilbudet skal også tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

Personer med rusmiddelproblemer har rett til tjenester av god kvalitet. Etter at Samhandlingsreformen (St.meld 47 (2008-2009)) med mottoet “Rett behandling - på rett sted - til rett tid” kom, har det vært et behov for å øke kvaliteten på tjenestene og kompetansen om rusmiddelproblematikk. Det er registrert 30.000 personer over 18 år som mottar kommunale tjenester som følge av rusproblemer. Om lag ni prosent av de over 67 år som mottar omsorgstjenester har et rusproblem. Tabell 1 viser utviklingen av brukere av pleie- og omsorgstjenester siden 2010 (St. meld 30 (2011-2012)). Som tabellen viser er det en stadig økning i antall pasienter i hjemmesykepleien.

	Brukarar av pleie- og omsorgstenester			
	2010	2013	2015	2017
0-49 år				
Berre heimesjukepleie	20 290	22 392	24 826	28 191
50-66 år				
Berre heimesjukepleie	12 101	13 544	14 855	16 368
67-79 år				
Berre heimesjukepleie	12 753	14 618	16 335	18 548
80-89 år				
Berre heimesjukepleie	17 830	18 950	19 980	20 746

Tabell 1: Kilde SSB Antall mottakere av hjemmesykepleie.

For mange ansatte i hjemmetjenesten oppleves rollen som hjelper i private hjem som en utfordring. En befinner seg hjemme hos en privatperson, med et bestemt og begrenset oppdrag. Å ta opp brukernes vaner og livsførsel kan av den ansatte oppleves som en krenkelse

av bruker. Å dokumentere noe som en er redd bruker vil oppleve som ufordelaktig kan oppleves som illojalitet. Ansatte i hjemmetjenesten har opplevd det som et etisk dilemma i hvorvidt de skal involvere seg i en brukers overforbruk av alkohol. Det har blitt argumentert sterkt for at bruk av alkohol er et privat anliggende, som kommunal helsetjeneste ikke har rett til å involvere seg i. På samme vis har det blitt argumentert for at et hensyn til total livskvalitet bør stå over en forpliktelse til å dokumentere og gi veiledning i helsespørsmål (Grøndalen, 2011).

Rusreformen (Helsedepartementet) trådte i kraft i 2004, og den førte til at rusbehandling ble en del av spesialisthelsetjenesten. En av de viktigste endringene med reformen var innføring av pasientrettigheter som gir ruspasienter rett til behandling. Reformen skulle gi rusavhengige et bedre og mer integrert behandlingstilbud. Et av målene var å unngå at pasienter ble kasterbatter mellom ulike behandlingsinstanser. Rusreformen skulle også gi ruspasienter bedre tilgang til andre tjenester innen somatisk og psykisk helsetjeneste. Alle kommuner ble pålagt et hjelpeansvar overfor personer med ruslidelser (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010).

2.4 Holdninger og kunnskap blant helsepersonell.

Forskning har vist at ruspasienter blir møtt med fordommer, utdaterte behandlingsmetoder og uvitenhet fra helsepersonell. En av de mest seiglivede fordommene er at ruspasienter må behandles på en aggressiv og konfronterende måte, fordi de er benektende og løgnaktige (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010). Tradisjonelle forestillinger om alkoholisme, alkoholikere og rusproblemer oppfattes som særomsorg, og er en viktig barriere mot kontakt og tillit, særlig når det gjelder tidlig intervensjon (Helsedirektoratet, 2010). En studie fra Sverige viste til at kun 39 av 117 sykepleiere i primærhelsetjenesten mente det var givende å arbeide med pasienter som hadde alkoholrelaterte problemer (Johansson, Bendtsen og Åkerlind, 2000).

Risikofylt og skadelig alkoholbruk hos eldre er ofte et skjult og ignorert problem. Studier viser at de eldre underrapporterer misbruk av alkohol. En mulig forklaring på dette er at alkoholproblemer kan være forbundet med stor skam. Helsepersonell som arbeider med eldre kan også ha en oppfatning om at eldres alkoholbruk er forståelig på bakgrunn av deres

livssituasjon. Det at mange eldre bor alene kan også være en årsak til at alkoholproblemet ikke oppdages (Korfor, 2015). I en undersøkelse utført av Grøndalen (2011) gir de ansatte i hjemmetjenesten uttrykk for at de antar at brukeren vil reagere negativt om de stiller spørsmål om alkoholbruk. De antar at brukeren vil ta det som kritikk av levesett om de drøfter eller dokumenterer alkoholvanene.

I følge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal sykepleieren understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten. Sykepleieren skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått. Samtidig skal også sykepleieren respektere pasientens rett til å foreta valg (Norsk Sykepleierforbund, 2016).

Ved at sykepleieren møter pasienten med empati og aksept, kan mange med begynnende rusproblemer få hjelp til å endre en uheldig utvikling. Det er pasientens opplevelse av den relasjonelle kvaliteten som har betydning for resultat. Det bør være et mål å nå pasienter på et så tidlig tidspunkt som mulig. Da vil både helsemessige skader og andre konsekvenser bli mindre, og det er lettere for pasienten å komme ut av problemene. Dette krever et sterkere fokus på helsefremmende og primærforebyggende tiltak. Kunnskap om rus og rusrelaterte skader må bli en del av opplæringen til helsearbeidere i primærhelsetjenesten.

Helsefremmende intervensjoner kjennetegnes ved åpne spørsmål, der helsearbeideren er aktivt lyttende og inntar en veiledende posisjon. Det er viktig å være bevisst på at det er pasienten som sitter på ressursene og mulighetene til å endre sitt eget liv. I et helsefremmende perspektiv er det nyttig å ha en generell tilnærming, der rusmidler ses i sammenheng med andre forhold som kosthold, fysisk trening, sosiale relasjoner og så videre (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010).

2.5 Motiverende Intervju (MI).

MI er den norske versjonen av Motivational Interviewing. Det er en målrettet og klientsentrert samtalemetode for å motivere pasienten/brukeren til endring (Andersen, 2011). MI er en metodikk som rendyrker tanken om motivasjon. Resultater fra forskning synes imidlertid også her å vise det samme som for andre metoder, nemlig at metodikken i seg selv ikke garanterer for resultatene, men resultatene varierer og påvirkes av måten metodikken anvendes på. Her

legger Eide og Eide (2017) til grunn at det å motivere er et vesentlig moment i all endringsveiledning, og at dette kan ivaretas på gode måter innenfor ulike metoder.

I 2007 kom sosial-og helsedirektoratet med en nasjonal strategi for tidlig intervensjon på rusområdet. I den forbindelse ble IRIS (International Research Institute of Stavanger) bedt om å lage en oppsummering om (forskningsbasert kunnskap om) effekten av tiltak for tidlig identifikasjon og intervensjon på rusfeltet. Kunnskapsoppsummeringen viste at det er korte intervensjoner som er utgangspunktet for tidlige intervensjonstiltak rettet mot risikofyllt alkoholbruk hos voksne. Korte alkoholintervensjoner har som mål å redusere alkoholforbruket fra et høyt og skadelig nivå til et moderat nivå. Prinsippene som er grunnlaget for MI er ofte inkludert i disse korte alkoholintervensjonene (Nesvåg *et al.*, 2007).

Det er økende forventninger til at ansatte i helse- og omsorgssektoren skal kunne motivere pasienter til endringer i livsstil. MI er en metode som raskt brer om seg i Norge. Dette er en evidensbasert metode som har vist seg å være svært effektiv (Ivarsson, 2017). MI involverer oppmerksomheten mot det naturlige språket om endring. Samtalemotoden er designet for å finne en konstruktiv vei gjennom utfordringer, noe som ofte dukker opp når en hjelper ser inn i noen andre sin motivasjon for endring. MI handler om å strukturere samtalen så personen selv snakker seg inn i en endringsprosess basert på sine egne verdier og interesser (Miller og Rollnick, 2013). Som hjelper styrer man samtalen ved å stille spørsmål som har fokus på å utforske endring, samt å rette oppmerksomheten mot og forsterke det pasienten mener fører til positiv utvikling for seg selv (Ivarsson, 2017). Om det ytes press eller forsøk på overtalelse, kan det redusere pasientens ønske om endring, og pasienten kan oppleve at den personlige friheten trues (Andresen 2012).

Holdningssett er den viktigste grunnsteinen i MI. Det innebærer at hjelperen er fordomsfri og viser respekt for pasientens autonomi, og går inn for å finne den løsningen som er best for pasienten. I MI skal hjelperen forsøke å fremkalle endringsnakk. Endringsnakk betyr at pasienten snakker om ønsker, grunner, behov for og evne til endring. Samtale om dette stimulerer endringsprosessen (Ivarsson, 2017). I alle endringer er det en ambivalens, og motstand kan sees på som en naturlig og forventet del av endringsprosessen (Andersen, 2012). Rusmidler gir både positive og negative opplevelser, og ruspasienter er vanligvis ambivalente med tanke på å endre livsstil. Det er viktig å jobbe med denne ambivalensen, og gjøre pasienten bevisst på konsekvensene av å endre atferd (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010). Ved motstand skal man ikke argumentere tilbake så pasienten må forsvare det å

beholde situasjonen slik den er i dag. Det vil sannsynligvis minske sjansen for atferdsendring. Man skal heller håndtere argumentene med en refleksjon som har som mål å vise pasienten at hjelper anstrenger seg for å forstå pasientens utgangspunkt. Mennesker har en tendens til å tro på det en selv hører seg si. En av strategiene i MI vil være å tilby informasjon eller forslag som personen kan ta til seg eller ei. (Andersen, 2012)

I MI er det pasienten som uten tvil er ekspert på seg selv, alle kjenner seg selv best. Man skal ikke ha noen lærer - elev holdning, men gå inn i et partnerskap. I lys av dette partnerskapet må man akseptere det som pasienten kommer med av uttalelser. Å akseptere uttalelser betyr ikke nødvendigvis at man godkjenner personens handlinger (Miller og Rollnick, 2013). Den viktigste jobben i endringsprosesser gjøres av den som skal gjennomføre endringene. Helsepersonellens oppgave er å medvirke, informere, motivere, og utfordre til refleksjon og ettertanke slik at personen kommer videre i sitt endringsarbeid, uavhengig av hvor personen befinner seg i prosessen. (Eide og Eide, 2017).

MI-samtaler trenger ikke være lengre enn 10-15 minutter, men lengre samtaler er det som er mest effektivt. For at man kan definere en samtale som MI må den inneholde tre punkter.

Disse er:

1. Engasjere - Innlede en samtale og skape et arbeidsklima
2. Fokusere - Fokusere på emnet og utforske hvor klar pasienten er for endring.
3. Framkalle - Fremkalle endringssnakk og styrke selvtilliten.

Ved lengre MI-samtaler er det også et fjerde punkt som er å Planlegge: Avslutte samtalen og forsøke å fremkalle en forpliktelse og plan (Ivarsson, 2017).

Et av hovedprinsippene i MI er å utvikle diskrepans. Det er en opplevd uoverensstemmelse mellom hvor man er og hvor man ønsker å være. Man kan utvikle diskrepans ved å kartlegge alkoholforbruket og konsekvensene av det. Når man fremlegger kartleggingsresultater på en empatisk og nøytral måte kan pasienten sammenligne egne verdier med resultatet (Andersen, 2012).

2.6 Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter.

Joyce Travelbees syn på sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren hjelper til å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig, å finne mening i disse erfaringene. Å finne mening i livets ulike erfaringer er av stor betydning, og er ifølge Travelbee, sykepleiens hensikt. For å oppnå dette, må det etableres et menneske-til-menneske-forhold som handler om å se mennesket bak sykdommen. Travelbee hevder at en persons opplevelse av sykdom og lidelse er viktigere for sykepleieren å forholde seg til enn den diagnose eller vurdering som sykepleieren eller andre helsearbeidere foretar. Det å bli kjent med pasienten er en like nødvendig aktivitet som det er å utføre prosedyrer og yte fysisk pleie. Kommunikasjon er, ifølge Travelbee, et av de viktigste redskapene sykepleieren har. Kommunikasjon skjer kontinuerlig når to mennesker møtes, både verbalt og nonverbalt, og hensikten er å bli kjent med pasienten for å kunne oppfylle hans eller hennes behov. Sykepleierens effektive bruk av kommunikasjon inngår i det som Travelbee kaller “terapeutisk bruk av seg selv” (Kirkevold, 1998).

Hensikt: Å belyse faktorer som påvirker sykepleien for å ivareta den eldre alkoholiserde pasienten, med tanke på endringer i helseskadelige alkoholvaner. Hvordan holdninger og kunnskap hos de ansatte i hjemmesykepleien påvirker omsorgen for denne pasientgruppen.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren i hjemmetjenesten ivareta den eldre alkoholiserde pasienten?

3.0 Metode.

Metode er en systematisk fremgangsmåte for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. I en litteraturstudie brukes data som er samlet inn av andre (Thidemann, 2015). I forskning er det krav om at resultater skal kunne kontrolleres og etterprøves. Forskningsartikler skal derfor inneholde nøyaktig informasjon om hvordan forskeren har gått frem for å undersøke problemstillingen. En forskningsartikkel blir kvalitetsvurdert av forskere innen feltet, såkalt fagfellevurdering. Kvaliteten på den enkelte forskningsartikkel må likevel til syvende og sist vurderes ut fra faktisk innhold (Lerdal, 2012).

3.1 Datainnsamling og analyse.

I arbeidet med å samle inn data benyttet vi oss av tilbudet om søkehjelp ved biblioteket på NTNU. Der fikk vi god hjelp til søkestrategi og hvilke søkeord vi kunne bruke. Ved valg av databaser har vi benyttet Bibsys baseliste. Vi har valgt å bruke følgende databaser:

Idunn

PsycInfo

SweMed

Det er også foretatt søk i Medline og Cinahl uten å ha funnet artikler som passet til inklusjon/eksklusjonskriterier.

Søkeordene som ble benyttet er: Motivational interviewing, intervention, respons to intervention, knowledge, alcohol abuse, alcoholism, alcohol, addiction, alcohols, home care, nurses, public health service nurses.

Det ble valgt å kombinere søkeord med AND eller OR for å begrense eller øke antall treff.

Det ble funnet både kvalitative og kvantitative forskningsartikler.

Kvantitative data er målbare enheter som består av tall. Dette er såkalte harde og objektive data, altså eksakte faktakunnskaper. Kjennetegnet ved kvantitativ metode er breddekunnskap, det vil si at en får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter.

Kvalitative data er forstående. Hensikten med kvalitative data er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Datainnsamlingen består av intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse. Dette gir oss dybdekunnskap også kalt myke data.

Vi valgte å kombinere begge tilnærmingene, en såkalt parallell undersøkelse. Ved å kombinere får man informasjon av ulik karakter og et mer variert og allsidig datamateriell (Thidemann, 2015).

Ved utvelgelse av artikler ble de først vurdert ut fra overskriften. Deretter leste vi sammendraget av artikkelen. Vi vurderte om gruppe av helsepersonell var relevant for oss, om det har en relevans for sykepleie faget og hvilke pasienter artikkelen omhandlet. Ved søk ble det funnet artikler som omhandlet alkohol kombinert med LAR behandling eller andre tyngre rusmidler, disse ble valgt bort. Det ble også funnet flere artikler som omhandlet alkoholproblemer hos veteraner i USA, disse ble også ekskludert.

Folkehelseinstituttet har utarbeidet en sjekklister når man leter etter artikler, denne har vi benyttet. Følgende punkter er en del av sjekklisten:

- Har artikkelen en klart formulert problemstilling?
- Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?
- Kan du stole på resultatene?
- Hva er resultatene?
- Kan resultatene brukes i min praksis?

(Helsedirektoratet, 2016.1)

Vi undersøkte om artikkelen var fagfelleverdert ved å bruke NSD (Norsk senter for forskningsdata). Der er det en oversikt over vitenskapelige publiseringskanaler, og om de utgir fagfelleverdert forskning.

Vitenskapelige artikler er som oftest godt organisert og har en tydelig struktur. IMRaD strukturen er en anerkjent disponering av tekst i vitenskapelige artikler. IMRaD står for: Innhold, Metode, Resultater, and Diskusjon (Thidemann, 2015).

Dato: 29. mars 2019.

Database	søkeord	kombinasjon	Antall treff
Swemed	Motivational interviewing		37

Dato: 1. april 2019.

Database	søkeord	kombinasjon	Antall treff
PsycInfo	1. Alcohol abuse		47064
	2. Home care		6168
		1 and 2	11
	3. intervention OR motivational interviewing		98069
	4. alcoholism OR alcohol abuse		
	5. nurses OR public health service nurses		47064
			29457
		3 and 4 and 5	15

Dato: 3. april 2019.

Database	søkeord	kombinasjon	Antall treff
Idunn	1.Knowledge	1 AND 2	3174
	2.Alcohol or alcoholism or addiction		324
			3

Dato: 12. april 2019

Database	søkeord	kombinasjoner	antall treff
PsycInfo	1.Alcohol abuse	5 AND 4	47123
	2. Alcoholism		29963
	3. Addiction		54442
	4. Home care		6175
	5. 1 or 2 or 3		71156
		17	

Dato: 13. april 2019

Database	søkeord	kombinasjoner	antall treff
PsycInfo	Nurser OR public health service nurses Alcohols Response to intervention OR Early Intervention OR Intervention		29482
			17552
			96802
		1 AND 2 AND 3	0
		2 AND 3	252

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<p>Artikler skrevet på engelsk eller nordisk</p> <p>Fagfellevurdert</p> <p>Artikler publisert de siste 10 årene.</p> <p>Kvalitative eller kvantitative artikler.</p> <p>IMRaD struktur</p> <p>Gjennomført i Europa</p> <p>Alkohol er problemområdet</p> <p>Over 60</p> <p>Helsepersonell som blir intervjuet er sykepleiere, eller funnene kan lett overføres.</p>	<p>Annet språk enn nordisk eller engelsk.</p> <p>Artikler eldre enn 10 år.</p> <p>Ikke fagfellevurdert</p> <p>Utført utenom Europa</p> <p>Pasienter yngre enn 60 år.</p> <p>Innlagt på sykehus eller innen spesialisthelsetjenesten</p>

4.0 Resultatpresentasjon.

Referanse	Ritta Koivula, Christoffer Tigerstedt, Anni Vilkkö, Kristina Kuussaari, Satu Pajala. How does older people's drinking appear in the daily work of home care professions? <i>Nordic studies on alcohol and drugs</i> . Vol 33. 2016. s: 537-550
Hensikt/problemstilling.	Å analysere hvordan alkoholbruken til eldre i egen bolig påvirker det daglige arbeidet til hjemmetjenesten, og hvordan de håndterer situasjoner og plikter i eldre personers hjem.
Metode	Kvalitativ studie. Dette er en delstudie. 10 sykepleiere ble intervjuet fra 2014 til 2015. Det ble brukt aktivt intervju.
Resultat/diskusjon	Påvirkede brukere kompliserte arbeidet til sykepleieren, de ble oppfattet som en spesielt krevende pasientgruppe. Hjelperen var bekymret for at de ikke hadde nok kunnskap til å møte problemer grunnet alkoholforbruket til de eldre. Det trengs mer forskning på dette området for å få et bedre bilde av hvordan pasienters drikking påvirker hjemmesykepleiers arbeidsforhold, og hvilke ferdigheter sykepleieren trenger i de ulike situasjonene. En slikt forskning vil kunne komme brukerne til gode og bedre arbeidsforholdene til de ansatte.
Egne kommentarer	Alderen på de som fikk tjenester hjemme var fra 60-101 år. Bosatt i et distrikt i Helsinki, Finland. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra deltakerne. Intervjuene ble holdt i hjemmetjenestens lokaler. Ti intervjuobjekter.

Referanse	Liv Flesland, Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> . Volum 4 2014. s: 43-58.
Hensikt, /problemstilling.	Få økt kunnskap om rusmiddelbruk blant eldre og i hvilken grad sykepleiere i kommunale pleie- og omsorgstjenester har kompetanse på rus.
Metode	Bruker kvalitativ metode. Det er et semistrukturert intervju med forskningsspørsmål. Det ble satt som krav at sykepleierne skulle ha 5 år med praksis.
Resultat/diskusjon	<p>Økende omfang av rusmiddelbruk blant pasientene.</p> <p>Mange pasienter har hatt et langvarig problem uten å ha fått noen form for hjelp. Det er lite kartlegging av pasientenes rusmisbruk, og sykepleierne kjente ikke til noe kartleggingsverktøy.</p> <p>Pasientene satte pris på samtaler med personalet, men personalet hadde ofte ikke tid. Sykepleierne etterlyste også mer kunnskap i samtalemetodikk.</p> <p>Sykepleiere som har lite erfaring har en negativ holdning til ruspasienter og opplevde det som utrygt å hjelpe.</p> <p>Kompetanse er en viktig faktor for å avdekke rusmiddelbruk og yte tjenester av god kvalitet.</p>
Egne kommentarer	<p>Studien er utført i Norge og det ble intervjuet åtte sykepleiere i hjemmetjeneste eller aldershjem med arbeidserfaring.</p> <p>Det står ikke noe om hvilken del av landet. Ikke alders definert, men pasienter blir betegnet som eldre. Åtte intervjuobjekter.</p>

Referanse	Evy Gunnarsson. Alkoholmissbruk och självbestämmande- en kartlegging av den svenske hematjenstens forutsetningar att arbeta med eldre personers alkoholproblem. Nordic studies on alcohol and drugs. Volum 30. 2013. S: 227–242.
Hensikt/problemstilling	Å utforske forholdene innenfor hjemmesykepleien når de arbeidet med eldre personer som hadde et alkoholmisbruk.
Metode	Kvalitativ metode. Et intervju per telefon med sjefene for bistandsenheten og/eller sjefene i hjemmesykepleien i 25 av nabokommunene til Stockholm. 22 sjefer for bistandsenhet og 19 for hjemmesykepleie har svart. Spørsmål som ble stilt innebar hvor ofte alkoholmisbruk hos eldre forekommer, om det er noen med spesialisering de kan bruke. Andre spørsmål har berørt om det finnes retningslinjer for arbeidet rundt kjøp av alkohol, og om det er samarbeid med andre deler av sosialtjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Det ble stilt et åpent spørsmål om hvordan personalet håndterte oppdagelsen av at en pasient hadde alkoholproblem.
Resultat/diskusjon	Vi har valgt å kun se på tallene som angår hjemmesykepleien i matrisen. Resultatene viser at det ikke er uvanlig å møte eldre med misbruksproblem. 95 % av hjemmetjenestene sa det var vanlig eller iblant. 84% har ikke en med spesialisering på rus i sin arbeidsstokk. Noen har tatt utdanning, men det har da dreid seg om et enkelt kurs. En sjef mener de ikke har noe med å ta opp alkoholproblematikk med de eldre. En annen ytrer at de ikke kan “trampe inn” siden de eldre har selvbestemmelsesrett.
Egne kommentarer	Kun lederne som ble intervjuet. Vi er litt kritiske til hvordan lederen kan uttale seg om problemene uten å være i daglig pasientkontakt.

Referanse	<p>Maria Charlotte Berge, Vegard Breiseth, Lars Lilja og Tore Aune. Terapeuters opplevelse av endring i egen arbeidsalliansekompetanse etter utdanning i Motiverende Intervju. <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i>, volum 15, 2018 s: 296-308</p>
Hensikt/problemstilling	<p>Hensikten var å undersøke i hvilken grad aktiv deltakelse og gjennomføring av utdanning i samtalemotoden Motiverende Intervju endrer deltakernes opplevde alliansekompetanse.</p>
Metode	<p>Kvantitativ og kvalitativ metode. I den kvantitative delen undersøkes deltakernes opplevelse av egen alliansekompetanse før og etter videreutdanningskurs i MI. I den kvalitative delen av studien ble de intervjuet. Utvalget besto av studenter som deltok på utdanning i Motiverende Intervju ved Nord universitet. Alle deltakere hadde minst treårig høgskoleutdanning innen helse- og/eller sosialfag, og de var ansatt i stillinger hvor de hadde regelmessig pasientkontakt.</p> <p>I den kvantitative delen deltok 26 personer på begge datainnsamlingene, 20 kvinner og seks menn. Den kliniske erfaringen hos deltakerne varierte fra to til 30 år. I alt 12 studenter fra det opprinnelige utvalget ønsket å delta på intervju.</p>
Resultat/diskusjon	<p>Deltakerne svarer at de etter utdanningen kjenner seg som bedre allianseskapere. De føler seg faglig sterkere, og er tryggere i terapeutrollen. De har blitt mer bevisste på alliansen og relasjonens verdi, samt egen påvirkningskraft. Deltakerne beskriver at de har lagt egen ekspertrolle til side og inntatt en mer reflekterende og lyttende rolle.</p>
Egne kommentarer	<p>Studien er utført i regi av Nord universitet og oppfyller forskningsetiske krav om akademisk frihet. All deltakelse var frivillig, og deltakerne har signert samtykkeerklæring.</p>

Referanse	Abidi, L., Oenema, A., Nilsen, P., Anderson, P., og van de Mheen, D. Strategies to Overcome Barriers to Implementation of Alcohol Screening and Brief Intervention in General Practice: a Delphi Study Among Healthcare Professionals and Addiction Prevention Experts. <i>Prevention Science</i> . August 2016, Volume 17, utgave 6, S: 689–699
Hensikt/problemstilling	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifisere strategier for å overvinne kjente hindre som er foreslått av helsepersonell og avhengighetsforebyggende eksperter. 2. Å identifisere i hvilken grad helsepersonell og avhengighetsforebyggende eksperter er enige om anvendelsesmulighet til de identifiserte gjennomførte strategiene.
Metode	Kvantitativ studie. Bruker delphi metoden med spørreskjemaer. 69 deltakere bestående av helsepersonell og eksperter på forebyggende arbeid.
Resultat/diskusjon	Det trengs økt kunnskap om symptomer, risikogrupper og intervensjonsteknikker. Man trenger også mer kunnskap om hvordan symptomene er tilknyttet problematisk alkoholbruk. Det blir etterlyst kunnskap om hvordan man etablerer tillit til disse pasientene og utdanning i ledd for å diskutere alkoholbruk. For å kunne diskutere alkoholbruk med pasienten ble det nevnt destigmatisering av problematisk bruk av alkohol. Helsepersonell ble ansett å ha en viktig rolle i tidlig påvisning av problematisk alkoholforbruk. Det ble hevdet at om man legger spørsmål om alkohol til på et spørreskjema som er ofte brukt vil det være tidsbesparende. Å øke kunnskap om tidlig intervensjon koster lite tid og kan være effektivt. Det trengs mer bevissthet rundt holdninger til diskusjon av alkoholbruk med pasienter. Øke kunnskapsnivå og ferdigheter.
Egne kommentarer	Følger de etiske standardene til Helsinki-deklarasjonen. Er utført i Nederland.

5.0 Analyse.

Analysere en tekst er å granske hva teksten forteller, og du tolker teksten for å forsøke å forstå den.

5.1 Forekomst og kartlegging av rusmisbruk blant pasienter i hjemmesykepleien.

Eldre som har begynt misbruk sent i livet er en stort sett usynlig gruppe, men oppdages som regel når det oppstår behov for hjemmetjenester (Gunnarsson, 2013).

Hjemmetjenesten besøker pasienter i deres eget hjem gjennom uken og til ulike tider på døgnet. De blir konfrontert med alkoholproblemer i alle stadier, en pasient kan være edru på mandag, full på tirsdag og fyllesyk onsdag (Koivula *et al.*, 2016).

I artikkelen til Flesland (2014) kommer det frem at sykepleierne oppfattet rusmisbruk blant pasienter i pleie- og omsorgssektoren som relativt vanlig og at det er økende i omfang. Fem av åtte intervjuede var i daglig kontakt med pasienter som hadde vært påvirket av rusmidler og/eller hadde rusrelaterte skader. Gunnarsson (2013) har i sin artikkel funnet en høyere forekomst, her er det anslått at 95 prosent av de som jobber med hjemmetjenester har nesten daglig kontakt med pasienter med alkoholmisbruk. Det er i denne artikkelen også anslått en stadig økning av tilfeller. Spørsmål rundt alkoholproblematikk var noe som ble diskutert daglig (Gunnarsson, 2013).

Størst problem er det ute i hjemmesykepleien. Mange hadde hatt rusproblemer over lang tid uten at de hadde mottatt noen form for hjelp. Ofte ble problematikken avdekket ved overførsel fra sykehus (Flesland, 2014). Dette kan skyldes at rusproblemet ikke har blitt oppdaget, eller er bevisst holdt skjult av pasientene selv eller av deres pårørende. Som en konsekvens av skjult og økende forbruk over tid kan problemer eskalere og bli vanskeligere å håndtere (Flesland, 2014). Hjemmesykepleien ble spurt om hvilke utfordringer de fikk i arbeid med eldre som misbrakte alkohol. De ansatte forteller om situasjoner hvor de måtte dusje pasienten en ekstra gang, eller at man vurderte situasjonen til at to måtte reise ut på

tilsynsbesøk. Mange følte på frykt og utrygghet fordi det kunne oppstå uforutsette situasjoner som de manglet kunnskap til å håndtere, og dette satte sykepleiernes profesjonelle kompetanse på prøve (Koivula *et al.*, 2016).

De eldres autonomi leder til ulike tolkninger fra å ikke ta opp problematikken, til å forsøke å føre en samtale med den eldre om situasjonen. Innen hjemmetjenesten forsøker personalet å yte god omsorg som i beste fall kan minske alkoholinntaket når den eldre får en mer stabil situasjon (Gunnarsson, 2013).

Statens helsetilsyn påpekte at eldre i liten grad får rusbehandling i TSB (Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser). I mangel på egnet behandling gis det tilbud om hjemmesykepleie. Når det er lite tid til de gode samtalene der en kan rette fokus på rusmiddelbruk, vil ikke pleie- og omsorgstjenestene kunne erstatte spesialisert rusbehandling. I stedet kan det bli en «oppbevaring» av pasienter som trenger behandling. Etter hvert som det blir flere eldre som lever lengre og har behov for hjelp, blant disse også en økende andel rusmiddelbrukere, vil utfordringene og presset på kommunale pleie- og omsorgstjenester øke (Flesland, 2014).

Rusmiddelbruken til pasientene blir i liten grad kartlagt, og sykepleierne var ikke kjent med noe kartleggingsverktøy. Tidlig intervensjon kan hindre problemutvikling blant eldre, og kartlegging er en aktuell tilnærming for å identifisere rusmiddelbruk. Studien til Flesland (2014) forteller at det er lite fokus på kartlegging og informasjonsutveksling av pasientenes rushistorie. Når en vet at helsepersonell har lite fokus på å identifisere rusmisbruk blant eldre kan det anslås at omfanget er større enn det som per i dag avdekkes, og desto viktigere å fokusere på.

I artikkelen til Abidi *et al.*, (2016) blir det foreslått å inkludere spørsmål rundt alkohol på spørreskjemaer som er hyppigst brukt, eller å implementere et kort spørreskjema i registreringssystemet.

5.2 Mangel på kunnskap og samarbeid.

Mange ansatte i helsesektoren føler de mangler kompetanse på rus og ruspasienter.

Rusmiddelbrukere er krevende pasienter, og det kan oppstå uforutsette og utfordrende situasjoner. Flere studier viser at helsepersonell møter store utfordringer med eldre pasienter som bruker rusmidler eller har rusmiddelrelaterte skader, og uerfarne helsearbeidere føler seg ofte utrygge i møte med ruspasienter (Flesland, 2014, Koivula *et al.*, 2016). Tidspress og manglende kompetanse fører til at pasienter med begynnende eller etablerte rusproblemer fikk mangelfull behandling og oppfølging (Flesland, 2014).

En av de Koivula *et al.* (2016) intervjuet, reflekterte at hun manglet profesjonell kunnskap og ferdigheter. Hun måtte møte denne pasientgruppen med den kunnskapen hun hadde med seg gjennom livserfaring og arbeidserfaring. Pasienter som har et usunt forbruk av alkohol er en krevende gruppe i hjemmetjenesten. Det er vanskelig å håndtere denne gruppen da personalet ikke har fått nok opplæring i hvordan de løser problemer med eldre som drikker. Det er generelt lite fokus på rusproblematikk i løpet av sykepleiestudiet. Personalet hadde tilegnet seg kunnskap på egenhånd ved å kombinere teori fra psykisk helsevern og erfaringsbasert kunnskap ved å jobbe med ruspasienter. De mente kompetanse var en viktig faktor for å avdekke rusmiddelbruk og for å yte tjenester av god kvalitet. De opplevde at personale som ikke var skolert eller hadde erfaring, i større grad overså rusmiddelbruk hos pasienter. At hjelperen har rusfaglig kompetanse og ønsker å jobbe med målgruppen er også en plussfaktor med hensyn til bedre kvalitet i tjenestene (Flesland, 2014).

Deler av hjelpeapparatet venter for lenge med å erkjenne problemer, ta opp bekymringen med den det gjelder og kontakte instanser som har ansvar for eller kompetanse til å hjelpe (Flesland, 2014). Det kom frem at pasientene trengte mye støtte for å klare sine hverdagsliv, og kvalifisert helsepersonell har bedre forutsetninger for å gi denne støtten (Koivula *et al.*, 2016).

I Studien til Gunnarsson (2013) ble ledere for bistand og hjemmetjeneste i Stockholm intervjuet. De aller fleste svarte at det er ingen som har spesiell utdanning i deres stab når det gjelder pasienter med rusproblematikk. Tre av ledere svarte at de har kompetent personell når det gjelder rus, mens seksten av lederne svarer at de ikke har det. Fem av sjefene sier

personalet har fått noe utdanning innen alkohol og eldre, men dette var enkeltforelesninger eller det hadde inngått i et kurs om psykiatri.

I henhold til kunnskapsmangel når det gjelder alkohol og eldre, føler personalet at de trengte støtte fra andre profesjonelle, men intervjuene viste til at samarbeid var vanskelig (Koivula *et al.*, 2016). I studien til Gunnarson (2013) kommer det frem at personalet har begrenset samarbeid med andre deler av sosialtjenesten. I hjemmetjenesten er personalet henvist til å løse situasjoner alene i mangel på kommunale retningslinjer. Gunnarson hevder at annen internasjonal forskning også peker på vanskeligheter med å samarbeide, mangel på kunnskap og fraværende retningslinjer i arbeidet med eldre ruspasienter. Symptomer på misbruk er vanskelige å oppdage ettersom symptomene kan mistolkes som aldringstegn, og det finnes få behandlingstilbud til eldre som har utviklet et alkoholproblem sent i livet (Gunnarson, 2013).

En studie om implementering av ASBI (Alcohol screening and brief intervention) viste behovet for økt kunnskap blant helseprofesjonene når det gjaldt gjenkjennelse av risikofaktorer og kort intervensjonsteknikk (Abidi *et al.*, 2016).

5.3 Holdninger og stigmatisering.

Rusmiddelbruk blant eldre blir opplevd som skamfullt. Både brukere og pårørende prøver å skjule rusmiddelbruken. Lite erfaring med rus blant helsepersonell fører ofte til negative holdninger til ruspasienter, og uerfarne kunne oppleve det som utrygt å hjelpe. De som hadde mer erfaring, hadde en mer positiv holdning, og hadde tro på at det var mulig å hjelpe pasienter med rusproblematikk (Flesland 2014). Rusmiddelbruk blant eldre er et moralsk ladet spørsmål, som har vært lite debattert. Dette kan forklare hvorfor temaet er tabubelagt og eldre ikke har vært vektlagt i forskningen. Rus blant eldre er i liten grad satt på dagsordenen. Tjenestene har lite fokus på å snakke om rus og pårørende kvier seg for å be om hjelp når det er rusmiddelbruk som har utløst hjelpebehovet (Flesland, 2014).

I hjemmesykepleien skal pasientene ha en pleieplan der det er beskrevet tiltak og mål, men ikke alle som har ansvar for utforming av pleieplaner skriver noe om alkohol i denne. Koivula *et al.* (2016) spurte om hvorfor dette ikke ble gjort i sine intervjuer. «Vel, som du vet, vanligvis skriver vi ikke det inn på planen fordi det er stigmatisering, vi har ikke rett til å

stigmatisere noen”. Samtidig er det slik at de som er alkoholikere ofte har problemer med å fungere i dagliglivet, både på grunn av alkohol og alder. I artikkelen til Gunnarsson (2013) ble det stilt flere åpne spørsmål til lederne, blant annet om hvordan de skal reagere når det blir oppdaget at pasientene har et problem. Her kommer det flere utsagn som: “Vi kan ikke gå bak ryggen til pasienten, så lenge pasienten ikke innrømmer at det finnes et problem”. En leder mente at man ikke har rett til å ta opp misbruksspørsmål med pasienten siden de er “eldre kunder og må få bestemme selv”. Et annet utsagn var at dersom man oppdager et mildt misbruk kunne man ikke bare “trampe inn”, ettersom det er autonomien som gjelder. Om det oppdages at det er et problemfylt alkoholbruk forsøker de å diskutere dette med pasienten og følger med på utviklingen. Det er et skille mellom de som mener at man kan ta opp problemer med misbruk når man oppdager det, i den formening å gi den eldre et bedre liv, til de som mener at pasientene, grunnet autonomi, må få bestemme selv hva de vil gjøre. Spørsmål om alkoholkonsum stilles sjelden til eldre personer, og det ses på som forståelig at eldre selvmedisinerer seg med alkohol (Gunnarsson, 2013).

I artikkelen til Abidi *et al.* (2016) fant de tre klare punkter for å kunne diskutere alkoholbruk med pasientene uavhengig av personlige drikkenormer og referanser:

- Standardisering av å diskutere alkohol gjennom klare retningslinjer.
- Kursing om profesjonelle holdninger for å bli mer bevisst sine egne referanserammer
- Destigmatisering av problematisk bruk av alkohol

5.4 Motiverende intervju.

Dersom tjenestene øker fokuset på rusmiddelbruk vil flere eldre få hjelp tidligere og alvorlig sykdom kan forebygges. Metoden MI er dokumentert å ha effekt i behandling av rusproblemer (Flesland, 2014).

Studenter som gjennomgår en MI-utdanning får opplæring i ulike strategier og teknikker for å hente ut den andres forståelse og perspektiver. Informantene i studien til Berge *et al.* (2018) trekker frem effekten de opplever av endring i tilnærming. Å benytte åpne spørsmål og

refleksjoner har bidratt til at pasientene i større grad har åpnet seg, det har tydeliggjort hvor de er i prosessen og hvor de ønsker å komme. De 26 studentene som tok videreutdanning i MI ble intervjuet i etterkant av utdanningen. Der ble de spurt om deres egen oppfatning av hvordan utdanningen hadde hjulpet dem i arbeidet. Samtlige deltakere gav uttrykk for at MI-utdanning har gjort dem mer opptatt av å skape enighet med pasientene om hva som skal foregå i behandlingen. Flertallet utdyper at de åpner mer opp for å reflektere rundt de aktuelle temaene. Noen av deltakerne observerte at det vokser frem en felles forståelse for pasientens situasjon, motivasjon og ønsker for behandlingen.

Flere opplyser at de inntar en mer ydmyk og lyttende rolle, og lar pasienten være den førende parten. Noen utdyper at de nå unngår å presse gjennom egne overbevisninger, og heller viser nysgjerrighet og interesse for den andre, uten å belære eller formane. Det er bred enighet blant deltakerne om at alliansen nå i større grad preges av samarbeid. Flertallet har fått en større bevissthet rundt sin egen rolle og påvirkningskraft og kjenner seg nå som bedre relasjonsbyggere. De opplever at pasientene føler seg mer sett og hørt, og at de oppnår en større tillit og åpenhet i dialogen. Noen forklarer også at de har blitt mer opptatt av betydningen av empati og det å ha en ikke dømmende tilnærming til pasienten (Berge *et al.*, 2018).

Deltakerne i studien beskriver at de har oppnådd positive endringer gjennom en økt bevissthet for de mellommenneskelige og relasjonelle aspektenes betydning for samarbeidet, og en bedre forståelse for hvordan de kan legge til rette for en terapeutisk relasjon. De har blitt mer bevisste på at det er pasientene som skal være i fokus, og at de jobber på deres premisser. Det å innta en mer personsentrert holdning har også hjulpet noen deltagere med å håndtere utfordrende situasjoner som uro og ambivalens. Samtlige deltagere formidler at de i etterkant av kurset vurderer seg selv faglig sterkere. Det eksisterer et behov for kompetanseheving i alliansearbeid for å sikre pasientenes krav om en helhetlig og hensiktsmessig behandling (Berge *et al.*, 2018).

6.0 Diskusjon.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleieren i hjemmetjenesten ivareta den eldre alkoholiserde pasienten?

6.1 Forekomst og kartlegging av rusmisbruk blant pasienter i hjemmesykepleien.

Studier viser at det er en økning i antall pasienter med alkoholproblemer i hjemmetjenesten. Det blir anslått at opptil 95 prosent av de som jobber i hjemmesykepleien er i daglig kontakt med pasienter som er ruspåvirket eller har rusrelaterte skader (Gunnarsson, 2013; Flesland, 2014). Imidlertid står det i St.meld. 30 (2011-2012) at om lag ni prosent av de over 67 år som mottar hjemmetjenester har et rusproblem. Det kan virke som tallene som er rapportert til det offentlige er kunstig lave. Andre studier har vist at eldre underreporterer misbruk av alkohol. Forklaringen på underreporteringen kan være at det er knyttet mye skam og skyld til det å miste kontrollen over eget alkoholforbruk, og dermed vil alkoholproblemet ofte bli underkommunisert av pasienten selv (Korfor, 2015).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har alle krav på like tjenester og god kvalitet på tjenestene, dessuten kom rusreformen i 2004 som skulle gi den rusavhengige et bedre og mer integrert behandlingstilbud. Det viser seg likevel at eldre pasienter med rusproblematikk sjelden får rusbehandling i TSB (tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser). I mangel på egnet behandling, gis det tilbud om hjemmesykepleie (Flesland, 2014). Det betyr at de fleste eldre med rusproblemer ikke får behandlingen de har krav på (Actis, 2017).

Koivula *et al.* (2016) påpeker at det er viktig å identifisere problemfylte alkoholvaner tidlig for å unngå ytterligere forverring av alkoholbruken. Om et misbruk ikke blir oppdaget, kan det eskalere over tid og problemet kan bli vanskeligere å håndtere. Dette viser viktigheten av å kartlegge problembrukere så tidlig som mulig. Ved å få vite noe om omfanget av alkoholbruken, blir det også lettere for kommunene og de ansatte å ta tak i problemet. Dette betyr at samtaler med pasientene om alkoholbruk bør innarbeides i en rutine (Actis, 2017). Det er utviklet kartleggingsverktøy for å identifisere pasienter med høyt

alkoholforbruk. Det som i dag er utfordringen til eksisterende kartleggingsverktøy er at det mangler sensitivitet for alder (St.30 2012: Actis, 2017).

Eldre som har utviklet et alkoholmisbruk sent i livet, oppdages stort sett når det oppstår et behov for hjemmesykepleie (Gunnarsson, 2013). Likevel vil de aller fleste eldre som kommer i kontakt med helse- og omsorgstjenestene, gjøre dette på grunn av fall og bruddskader, nedsatt allmenntilstand og funksjonsfall generelt. I mange tilfeller vil alkohol som mulig medvirkende årsak til kontakten forbli uoppdaget (Korfor, 2015). Dette kan forklares med at mange eldre bor alene og helsepersonell kan ha en oppfatning om at alkoholbruken er forståelig på grunn av pasientens livssituasjon. Helsepersonell kan også se på bruken av alkohol som selvmedisinering (Gunnarsson, 2013; Korfor, 2015).

Det mangler kommunale retningslinjer på hvordan man håndterer pasienter med skadelig alkoholbruk (Gunnarsson, 2013). Videre viser en undersøkelse gjort av Actis (2017) blant ansatte i helse- og omsorgssektoren at 72 prosent av de spurte i hjemmetjenesten hadde rutiner for å rapportere bekymring om alkohol. 85 prosent av ansatte i hjemmetjenesten hadde meldt bekymring, men kun 65 prosent av meldte tilfeller ble fulgt opp. Som et tiltak på å kartlegge de som kan ha et problematisk alkoholforbruk foreslår Abidi *et al.* (2016) at det inkluderes spørsmål rundt alkohol på skjemaer som er ofte brukt. Kartlegging av denne pasientgruppen vil føre til at man raskt kan starte med motivasjonssamtaler, noe som har vist seg å gi gode resultater (St. meld 30 (2011-2012)).

6.2 Mangel på kunnskap og samarbeid.

I resultatene fra analysen kommer det fram at mange sykepleiere synes rusmiddelbrukere er utfordrende pasienter å jobbe med. I ruspåvirket tilstand kan det oppstå uforutsigbare og vanskelige situasjoner, og derfor følte mange uerfarne sykepleiere seg utrygge (Flesland, 2014; Koivula *et al.*, 2016). Flesland (2014) hevder i sin studie at rusfaglig kompetanse og et ønske om å jobbe med denne pasientgruppen vil føre til bedre kvalitet i tjenestene. Studien viste også at erfarne sykepleiere hadde en mer positiv holdning til pasientene, og hadde større tro på at det var mulig å hjelpe dem. Dette kan bety at mer utdanning gir tryggere og mer kompetente sykepleiere. Tatt i betraktning at sykepleiere må forholde seg til ruspasienter på

mange ulike arenaer, og at det stadig blir flere av disse pasientene, burde det være mer undervisning om dette temaet på sykepleierutdanningen. Flesland (2014) belyser også at det er lite fokus på rusproblematikk i sykepleierstudiet. Det er tenkelig at nyutdannede sykepleiere hadde følt seg tryggere og mer kompetente i møte med denne pasientgruppen hvis de hadde lært mer om rus i løpet av utdanningen. Videre fører den opplevde kunnskapsmangelen hos sykepleiere til at det er vanskelig for dem å forholde seg til denne pasientgruppen. Kunnskapsmangelen fører samtidig til at det er vanskelig å oppdage helseskader som følge av overforbruk av alkohol (Grøndalen, 2011).

I følge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren vise respekt for kollegers og andres arbeid, og være til støtte i vanskelige situasjoner. Videre skal sykepleieren fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten. Sykepleieren har et veiledningsansvar overfor andre helse- og omsorgsarbeidere, men skal også selv søke veiledning ved behov (Norsk sykepleierforbund, 2016). Slik det er i dag, må mange ty til livserfaring og tidligere arbeidserfaring i mangel på profesjonell kunnskap (Koivula *et al.*, 2016). Når man samtidig vet at det mange steder er mangel på samarbeid innad på de ulike arbeidsplassene, og mellom etatene (Gunnarsson, 2013; Flesland, 2014; Koivula *et al.*, 2016), kan man stille spørsmål om pasientene får en forsvarlig omsorg. Arbeidssituasjonen blir også vanskeligere for de ansatte. Alt i alt kan det antas at mer fokus på samarbeid vil gi tryggere ansatte og større motivasjon for å jobbe med ruspasienter.

I veilederen “Sammen om mestring” blir det påpekt at kompetanseutvikling er både et individuelt ansvar og et virksomhetsansvar. Kommunen kan via kartlegging identifisere virksomhetens generelle og spesielle kompetanse på rusområdet (Helsedirektoratet, 2014). Her har ledere av sykepleietjenester et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling og etisk refleksjon (Norsk sykepleierforbund, 2016). Videre kan kartlegging avdekke eventuelle kunnskapsmangler, og gi grunnlag for å analysere og planlegge fremtidige kompetansebehov (Helsedirektoratet, 2014). Med en egen strategi for økt kompetanse og bedre kvalitet, vil regjeringen styrke kunnskapen om rusproblematikk i helseapparatet (St.meld. 30 (2011-2012)).

Kompetanse er en viktig faktor for å avdekke rusproblemer, og studien til Flesland viser at de med lite erfaring ofte overså rusmiddelbruk (Flesland, 2014). Dette betyr at det er nødvendig at helsepersonell har utdanning og erfaring for å gjøre en god jobb, og for at pasientene skal få den hjelpen de har krav på. I flere andre studier kommer det også fram at manglende

kompetanse er et problem (Gunnarsson, 2013; Koivula *et al.*, 2016). Derfor må det være et mål å utdanne personell med kompetanse for å gi pasienter trygge, helhetlige og kvalitativt gode tjenester (St.meld 30 (2011-2012)).

Sykepleieres yrkesutøvelse skal bygge på forskning, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Sykepleiere skal holde seg oppdatert innen eget fagområde, og skal bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Sykepleieren har videre et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2016). Med andre ord har sykepleieren en plikt til å holde seg oppdatert. Dette kan for eksempel gjøres ved å lese seg opp på ulike problemstillinger, ved å delta på kurs eller ta videreutdanning. For å gjøre dette mulig, må lederne tilrettelegge for kompetanseheving som kurs og fagdager, og frigjøre tid slik at de ansatte kan delta.

Korfor (2015) hadde en undersøkelse hvor de hentet inn informasjon fra erfarne fagpersoner og forskere. De konkluderer med at til tross for mange prosjekter og enkelttiltak knyttet til alkohol og eldre, mangler det et overordnet fokus og en nasjonal strategi om metodevalg og praksis overfor gruppen eldre og alkoholproblematikk i kommunehelsetjenesten.

6.3 Holdninger og stigmatisering.

Rusavhengige er en gruppe som ofte møtes med fordommer og uvitenhet fra helsepersonell og andre i samfunnet. Selv om det er utarbeidet både reformer, veiledere og stortingsmeldinger som skal gi denne gruppen bedre forutsetninger, opplever fortsatt mange rusavhengige stigmatisering i hverdagen (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010). Fra egen arbeidspraksis vet vi at mange fortsatt har dårlige holdninger til pasienter med rusproblemer. En god del mener fortsatt at problemene er selvforskyldte, og at det må gå an å “ta seg sammen” eller “skjerpe seg”. Vi har også opplevd at pasientene ikke tas på alvor og får den hjelpen de trenger, fordi de har et rusproblem. En pasient vi møtte i praksis fortalte for eksempel om en innleggelse på sykehuset der hen ikke opplevde å bli tatt på alvor, og legen bare gjorde narr av hen på grunn av rusproblemene.

Som tidligere nevnt har kvaliteten på relasjonen mellom pasient og sykepleier stor betydning for utfallet av behandlingen. Ved å møte pasienten med respekt og en aksepterende holdning, er det mye større sjanse for å lykkes (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010).

Her er det relevant å dra inn Joyce Travelbee sin sykepleieteori om mellommenneskelige relasjoner. Å finne mening i livets ulike erfaringer er av stor betydning, og er i følge Travelbee, sykepleiers hensikt. For å oppnå dette, må det etableres et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Travelbee hevder at kommunikasjon er et av de viktigste redskapene en sykepleier har (Kirkevold, 1998). Hvis sykepleieren møter pasienten med respekt, og klarer å se personen bak rusproblemene, er det lettere å bygge et tillitsforhold. Dette kan ta lang tid, fordi denne pasientgruppen ofte har opplevd mistillit og har blitt møtt med stigmatiserende holdninger (Eide og Eide, 2017).

Holdningene til rusavhengige, og forståelsen av rusavhengighet som en sykdom og sammensatt problem har endret seg med årene. Regjeringen vil arbeide for at rusavhengige opplever seg som en del av samfunnet (St.meld 30 (2011-2012)), men det er likevel fortsatt slik at rusmiddelbruk blir opplevd som skamfullt, og både pasientene selv og deres pårørende forsøker å skjule problemene (Flesland, 2014). Dette kan forklare hvorfor utfordringer med alkoholbruk hos eldre ofte ikke blir tatt opp, og pasientene kan få en dårligere livskvalitet og et dårligere helsetilbud enn de har krav på. Det viser seg i artiklene at helsepersonell ofte unngår å rapportere om alkoholproblemene fordi de er bekymret for at pasienten skal føle seg stigmatisert (Koivula *et al.*, 2016, Gunnarsson, 2013).

Studien til Flesland (2014) viste at helsepersonell som hadde utdanning innen rus, hadde mer positive holdninger til ruspasienter. De hadde også større tro på at det var mulig å hjelpe dem (Flesland, 2014). Dette kan tyde på at økt kompetanse gjør helsepersonell mer positivt innstilt til rusavhengige, og derfor har større vilje og evne til å forstå deres utfordringer. Med andre ord vil helsepersonell som både har positive holdninger og kompetanse innen rus, kunne yte omsorg av høyere kvalitet.

Abidi *et al.*, (2016) fant i sin forskning at om helsepersonell skal kunne diskutere alkoholbruk med pasienter, er det viktig at man er bevisst sine egne referanserammer, og det bør tilbys kurs om profesjonelle holdninger.

I tillegg til å fremme helse og forebygge sykdom, skal sykepleieren understøtte håp, mestring

og livsmot hos pasienten. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, og bidra aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester (Norsk sykepleierforbund, 2016). Personer med rusproblemer blir i denne sammenhengen en sårbar gruppe, og sykepleiere plikter derfor å gi dem like god pleie og omsorg som alle andre pasienter.

6.4 Motiverende intervju.

Fra egen praksis i hjemmesykepleien erfarte vi at de fleste pasientene har flere, men ofte korte besøk fra hjemmesykepleien. Det er ofte lite tid til samtale, men kanskje kan korte MI-samtaler være nyttige for å motivere pasienten? Korte intervensjoner har som mål å redusere fra et helseskadelig alkoholforbruk til et moderat nivå. MI-samtalene kan vare så kort som ti minutter, dessuten er MI dokumentert å ha effekt i behandlingen av rusproblemer (Nesvåg *et al.*, 2007; Bramness, 2012; Flesland, 2014; Ivarsson, 2017). Kommunikasjonsevnen kan påvirkes av aldringsprosessen, og fordi de mentale prosesser går noe langsommere enn før kan det være en fordel å ha korte samtaler over en lengre periode, hvor målet er å bevisstgjøre tankemønstre og følelser som ligger bak (Eide og Eide, 2017; Actis, 2017).

De fleste som trenger å gjøre en endring er ambivalente om å gjennomføre endringen. De har grunner til å foreta endringen og grunner til ikke å gjøre det. De vil med andre ord ha en endring i livet, men samtidig ikke. Dette er en normal menneskelig erfaring. Faktisk er ambivalens et steg i endringsprosessen, om du er ambivalent er du ett steg nærmere endring (Miller og Rollnick, 2013). Å veilede pasienter og brukere i endringsprosesser og bidra til styrket motivasjon for endring, blir en stadig viktigere oppgave i helsevesenet. Videre er det økt forventning om at helsepersonell skal kunne motivere til livsstilsendring. Hjelperen må være fordomsfri og vise respekt for pasientens autonomi. (Ivarsson, 2017; Eide og Eide, 2017). Imidlertid er det fortsatt slik at pasienter blir møtt med fordommer fra helsepersonell (Skårderud, Haugsgjerd og Stanicke, 2010). I studien til Berge *et al.* (2017) bekrefter de som tok videreutdanning at de etter endt utdanning var mer oppmerksomme på å ha empati med pasienten og unngå en dømmende tilnærming. Dette tyder på at det er viktig å tilegne seg kunnskap om MI for å kunne bruke den best mulig.

MI er refleksiv lytting. Hjelperen forsøker å lokke fram kunnskap, motivasjon og ideer, og gjennom samtale formulerer pasienten selv en begrunnelse for endring. En MI-hjelper som bruker refleksjoner mye, oppfattes gjerne som en empatisk hjelper (Andersen, 2012) Å veilede i en endringsprosess innebærer å forlate en læringsmodell som har fokus på å lære bort noe. Man går heller inn i en læringsmodell som sier at det handler om forståelse og evne til å medvirke i et prosjekt ledet av en annen person. Det handler om pasienten selv, og pasientens følelser, motivasjon, verdier og prioriteringer. Det gjelder pasientens liv, erfaringer og forestillinger om fremtiden (Eide og Eide, 2017).

6.5 Metodiske overveielser.

Helsinki-deklarasjonen inneholder etiske retningslinjer, her ligger det retningslinjer som omfatter forskning med mennesker. I Helsinki-deklarasjonen står det blant annet at hensynet til individet skal alltid gå foran hensynet til samfunns- eller forskningsnytt. Dette hensynet gjelder spesielt svake grupper som pasienter, barn, eldre og fanger. Den inneholder også kravet om frivillig samtykke. Forsøkspersonene skal informeres om hva studien går ut på, om hensikt og mulige risikoer ved deltagelse. Det er viktig at deltagelsen er frivillig og forsøkspersonen skal kunne trekke seg underveis i studien (Slettebø, 2014).

Ved vurdering av artiklene finner vi at de er anonymisert og ugjenkjennelige. Flesland (2014) og Koivula *et al.* (2016) er kvalitative studier med intervju som metode, arbeidssted til deltakerne ble brukt som lokalisasjon. I de fleste artiklene blir det oppgitt at deltakerene har fått informasjon i henhold til Helsinki-deklarasjonen. Unntaket er artikkelen til Gunnarsson (2013) Det er likevel rimelig å anta at Gunnarsson informerte deltakerne under telefonsamtalene.

De kvalitative artiklene har forholdsvis få intervjuobjekter, henholdsvis åtte og ti. Til tross for dette, gir det oss god dybdekunnskap og får frem hvordan sykepleieren opplever at alkohol blant pasientene påvirker arbeidssituasjonen. De fleste artiklene er nordiske, det mener vi er en fordel med hensyn til at de er overførbare, både når det gjelder alkoholproblematikk og organisering av tjenestetilbud.

Vi begynte oppgaven med å fokusere på MI som metode og søkestrategien ble lagt til MI. Etterhvert mens vi foretok søk, så vi at akkurat MI ble for smalt, men valgte da å se på intervensjoner, eller korte intervensjoner som er den kategorien MI ligger i. Utvalget av artikler ble noe større, men fortsatt noe begrenset med de inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi hadde.

Flere søk viser at familie og nære venner kan være like viktig for motivasjon til endring som pasientens egen indre motivasjon. Vi valgte likevel å ikke inkludere betydningen av relasjoner i denne oppgaven, da det hadde blitt for bredt.

Når teoridelen var ferdig, så vi at den inneholdt mye om holdninger og stigmatisering som påvirker hvordan sykepleie utøves til denne pasientgruppen. Det var også flere kilder som påpekte hvor viktig det er med tidlig kartlegging for å unngå at problemene eskalerer.

Om vi skulle skrevet denne oppgaven på nytt, hadde vi nok valgt å kun fokusere på holdninger og kunnskapsmangelen som sykepleiere i dag har, og ikke sett på intervensjoner i tillegg. Samtidig har vi funnet ut at holdningene er veldig viktig for hvordan man motiverer pasienten til endring, og føler vi har fått til en sammenheng.

Noen av artiklene er på engelsk og svensk og ble oversatt av oss. Dette kan ha gitt grunnlag for feiltolkning av meningen av teksten.

7.0 Konklusjon.

Eldre pasienter med alkoholproblem er en voksende gruppe i hjemmetjenesten. Dette øker arbeidsbelastningen grunnet usikkerhet og manglende kompetanse blant helsepersonell. Usikkerheten er igjen med på å skape negative holdninger til denne pasientgruppen.

For å bedre forstå sammenhengen mellom aldring og rusmiddelbruk, er det behov for mer kunnskap. Tidlig identifisering og intervensjon kan hindre at alkoholproblem eskalerer. Det finnes verktøy for kartlegging av alkoholbruk, men disse tar ikke hensyn til alder. Det er også kjent at kartleggingsverktøyene som er tilgjengelig brukes alt for sjeldent. Helsepersonell synes det er ubehagelig å stille spørsmål om alkoholbruk, fordi de er redd for at pasienten kan føle seg stigmatisert.

Kartlegging gjennom bruk av MI er nevnt som eksempel på tiltak. MI kan brukes i mange sammenhenger, og er kostnadseffektivt. Derfor bør det legges til rette for videreutdanning av sykepleiere innen MI i kommunehelsetjenesten. Utdanning gir en bedre forståelse og bruk av denne metoden. Samtidig blir man mer opptatt av å ha en ikkedømmende tilnærming. Ved økt kompetanse får helsepersonell en mer positiv holdning til rusavhengige.

Det bør fokuseres mer på eldre og alkohol. Dette er en oversett pasientgruppe som man vet underrapporter om sine problemer. Til tross for veiledere og stortingsmeldinger mangler det fortsatt kommunale retningslinjer på hvordan man håndterer denne pasientgruppen.

8. Litteraturliste.

Abidi, L., Oenema, A., Nilsen, P., Anderson, P. og Van de Mheen, D. (2016) *Strategies to overcome barriers to implementation of alcohol screening and brief intervention in general practise: a Delphi study among healthcare professionals and addiction prevention experts*. Prevention Science Volum nr 17, utgave 6 s 689-699 Tilgjengelig fra: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11121-016-0653-4> (Hentet: 13. april 2019)

Actis (2017) *Eldre og alkohol Gammel årgang. Nye vaner*. Tilgjengelig fra: <https://www.skafor.org/contentassets/7c8af68cbc324b9eac2c9804cc20ca02/rapport/eldre-og-alkohol.-gammel-argang-nye-vaner.pdf> (Hentet: 26. april 2019)

Andersen, N.E. (2012) Motiverende samtaler, i Lossius, K. (red.) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 194-221

Bramness, J. G. (2012) Innledende ord, i Lossius, K. (red.) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 5-7

Berge, M.C., Breiseth, V., Lilja, L. og Aune, T. (2018) *Terapeuters opplevelse av endring i egen arbeidsalliansekompetanse etter utdanning i motiverende intervju*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. Volum 15, 2018 s. 296-308 Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/tph/2018/04/terapeuters_opplevelse_av_endring_i_egen_arbeidsalliansekom (Hentet: 29. mars 2019)

Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Engedal, K. (2019) Alderdom. *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/alderdom> (Hentet: 24. april 2019)

Flesland, L. (2014) *Sykepleiere i helse- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov*. Nordisk sygeplejeforskning. Volum 4, 2014. s:43-58.

tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/nsf/2014/01/sykepleiere_i_pleie-og_omsorgssektorens_erfaringer_med_eld (Hentet: 3. april 2019)

Grøndalen, E. (2011) *Alkoholbruk hos eldre: Erfaringer fra prosjekt i Oslo*. Rusfag 1/2011. Tilgjengelig fra: <http://tidligintervensjon.no/Tema/Eldre/Helse/Fagtekster/Alkoholbruk-hos-eldre-Erfaringer-fra-prosjekt-i-Oslo/> (Hentet: 30. april 2019)

Gunnarsson, E. (2013) *Alkoholmissbruk och självbestämmande - en kartläggning av den svenska hemtjänstens förutsetningar att arbeta med äldre personer med alkoholproblem*. Nordic studies on alcohol and drugs. Volum 30,2013. s.227-242 Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.2478/nsad-2013-0017> (Hentet: 12. april 2019)

Helsedirektoratet (2010) *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/339/Fra-bekymring-til-handling-IS-1742.pdf> (Hentet: 09. april 2019)

Helsedirektoratet (2014) *Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne> (Hentet: 29. januar 2019)

Helsedirektoratet (2016) *Analyse av utviklingstrekk i omsorgssektoren 2016*. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1340/2016_Analyse%20av%20utviklingstrekk%20i%20omsorgssektoren%20.pdf (Hentet: 7. mars 2019)

Helsedirektoratet (2016.1) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 11. april 2019)

Helsedirektoratet (2017) *Motiverende intervju*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/motiverende-intervju> (Hentet: 10. mars 2019)

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011) *Helse- og omsorgstjenesteloven*
Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 15. januar 2019)

Ivarsson, B. H. (2017) *Motiverende samtaler. En praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Johansson, K., Bendtsen, P., Åkerlind, I. (2000) *Early intervention for problem drinkers: Readiness to participate among general practitioners and nurses in swedish primary health care*. Alcohol and alcoholism. Volum 37, Utgave 1, January 2002, s. 38-42. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1093/alcalc/37.1.38> (Hentet: 1. april 2019)

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier, -analyse og evaluering*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Koivula, R., Tigerstedt, C., Vilkkö, A., Kuussaari, K., Pajala, S. (2016) *How does older people's drinking appear in the daily work of home care professionals?* Nordic studies on alcohol and drugs. Volum 33, 2016. s.537-550. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1515/nsad-2016-0044> (Hentet: 1. april 2019)

Korfor (2015) *Eldres rusmiddelbruk, Alkoholbruk og alkoholrelaterte helsemessige og sosiale problemer blant eldre*. Tilgjengelig fra: <https://www.korusoslo.no/wp-content/uploads/publrapport-HOD-Eldres-rusmiddelbruk.pdf> (Hentet 28. april 2019)

Kronholm, K. (2012) Avrusning, i Lossius, K. (red.) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 169-193

Lerdal, A (2012) *Forskningsartikkel eller fagartikkel?* Sykepleien 2, 2012 S: 72-73
Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2012/02/forskningsartikkel-eller-fagartikkel>
(Hentet 12. april 2019).

Lossius, K. (2012) Om å ruse seg, i Lossius, K. (red.) *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 23-38

Lov om pasient og brukerrettigheter (1999) *Pasient og brukerrettighetsloven* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (hentet: 4. februar 2019).

Løken, T.D og Kirchhoff, J.W. (2018) Samarbeidets vilkår etter Samhandlingsreformen - en enkelt case-studie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. nr. 2–2018, 14. årgang. Tilgjengelig fra: <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/4570/4124> (Hentet: 31 januar 2019).

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie? i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm, s 119-141

Miller, R. W., Rollnick, S. (2013) *Motivational interviewing helping people change*. New York: The Guilford press.

Nesvåg, S., Backer-Grøndahl, A., Duckert, F., Enger, Ø., Huseby, G. og Kraft, P. (2007) *Tidlig intervensjon på rusfeltet – en kunnskapsoppsummering*. Rapport IRIS – 2007/021. Tilgjengelig fra: https://evalueringsportalen.no/evaluering/tidlig-intervensjon-paa-rusfeltet-en-kunnskapsoppsummering/Tidlig_intervensjon.pdf/@@inline (Hentet: 12. april 2019).

Norsk helseinformatikk (2016) *Alkohol risikosoner*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/alkohol/alkohol-risikosoner/> (Hentet: 3. april 2019)

Norsk Sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 1. mai 2019)

Norsk senter for forskningsdata. Tilgjengelig fra:

https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=&checkbox_bibsys=true&tv=true (Hentet 25. april 2019)

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stanicke, E. (2010) *Psykiatriboken, Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

St. meld. 30 (2011-2012) *Se meg! En helhetlig ruspolitikk, alkohol - narkotika - doping*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/> (Hentet: 10. mars 2019)

St.meld. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen, Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 2.mai 2019)

Statistisk sentralbyrå. *Brukarar av helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra <https://www.ssb.no/statbank/table/06969/tableViewLayout1/> (Hentet: 10. mars 2019)

Slettebø, Å. (2014) *Forskningsetikk*, i Brinchmann, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*. 3. utgave Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 209-223

Thidemann, I. J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. Oslo: Universitetsforlaget

