



Ma

Masteroppgåve i helse- og sosialfag - meistring og myndiggjering

Rusen – eit tilleggsproblem?

Ei undersøking om tilsette i kommunal heimeteneste sine erfaringar og praksis ovanfor eldre brukarar som misbrukar rusmiddel.

45 studiepoeng

Anne Kristine Kalvatsvik

Desember, 2010

Summary

The main purpose of this survey has been to gather new knowledge concerning the employees of the municipal home services, and their experience and practice regarding elderly clients who are substance abusers. The survey was carried out using qualitative methodologies, and managers, home nurses and home helpers from the home care services in three different municipalities have been interviewed.

The findings show that employees in home services face many challenges when working with elderly abusers. Their everyday life can become dominated by uncertainty; feeling unsafe and uncertain about how to respond when users are affected by their abuse. Findings in this study shows also that men and women have different abuse patterns, and that some of the men in particular are subjected to stigmatization from both the community and from health professionals. Findings further suggest there was a lack of knowledge about drugs and drug abuse among employees working with this group of elderly clients, and personal experience was stated to be the main source of knowledge in relation to handling challenges. None of the municipalities in the study had dedicated plans or guidelines regarding substance abuse among elderly clients. Day-to-day practice was influenced by the health professionals' own thinking, and could generally be described as lacking interdisciplinary cooperation. Thus the employees in home services were often left alone to handle drug related problems, despite their lack of knowledge. In Lien and in Fjorden, some interdisciplinary cooperation has been initiated, and this was reported as an important resource in their practices.

The knowledge developed in this study may be useful to further develop the quality of home-based services. My findings imply that the home services lack competence in relation to substance abuse. In addition, that it would strengthen the services if social thinking could be more included into the practice. Interdisciplinary collaboration should be a priority, within the services and between services in neighboring municipalities. Thus, elderly substance abusers could receive a more holistic care, covering more than just the health aspects of the abuse.

Forord

Arbeidet med prosjektet har vore ein lang og krevjande prosess som har gitt meg mykje ny kunnskap både i forhold til det å skulle drive med forskning, og også i forhold til temaet eldre og rus. Prosjektet kunne ikkje vorte gjennomført utan velvilje frå dei ti fantastiske informantane mine, så hjarteleg takk til dokke! Eg har vorte engasjert på eit fagområde der det syner seg å vere lite eksisterande forskning, og eg tenkjer at det er eit spanande og forsømt felt som absolutt treng å forskast meir på! Eg vonar å gi lesaren eit stykke interessant lesnad, og vonar også å vekkje engasjement i forhold til temaet eldre og rus.

Siste året har eg vore engasjert i prosjektarbeidet tidleg og seint, kvardag og helg. Kjøkkenet har fungert som kontor, og til tider har bokhaugane stått side om side med middagstallerkenane... Til tider har eg nok vore meir som i mi eiga verd, omgitt av bøker og papir, empiri, teoriar og omgrep. Eg har også vore omgitt av ei fantastisk familie i form av ein tolmodig og støttande sambuar, dei supre borna mine, nær familie og vener. Takk til alle dokke for god støtte og oppmuntring!

Stor takk til professor Kåre Heggen som har vore min rettleiar. Han har vore tolmodig og imøtekomande, og har kome med god og konstruktiv rettleiing gjennom prosjektet og oppgåveskrivinga.

Takk også til studievenner som har vore viktige diskusjonspartnarar i ulike fasar av masterstudiet. Det har vore ei kjekk tid!

Volda, desember 2010

Anne Kristine Kalvatsvik

Innholdsliste

Summary

Forord

Kap.1.Innleiing	s 5
Avgrensing og problemstilling	s 7
Forskingsspørsmål	s 8
Dei eldre brukarane av heimetenesta	s 9
Rusmisbrukar eller rusavhengig	s 9
Kap. 2. Om omsorgstenesta og kommunalt rusarbeid	s 11
Eldreomsorg	s 12
Heimetenesta	s 13
Eldrebilete	s 15
Kommunalt ansvar for rusmisbrukarar	s 16
Kap. 3. Relevant forskning om eldre og rus	s 18
Bemötande av äldre missbrukande vårdtagare inom hemtjänsten.....	s 19
Det är klart att det är hårda tag ibland...”- om hemtjänstens arbete med äldrealkoholmissbrukare	s 21
Hemtjänstens syn på vårdtagere med missbruksproblem.....	s 21
The role of home carers: Findings from a study of alcohol and older people.....	s 22
Kap. 4. Teoretiske perspektiv	s 25
Hermeneutikk: forståing og meining	s 25
Sentrale teoretiske perspektiv i analysen	s 27
Organisatoriske rammer	s 29
The street level bureaucracy	s 30
Handlingsteori	s 35
Habitus	s 37
Omsorg	s 38
Autonomi	s 40
Kap. 5. Design og metode	s 42
Kvalitativ metode	s 42
Kvalitative forskingsintervju	s 43
Gjennomføring av studien.....	s 44
Tilgang til feltet	s 44
Endeleg utval	s 45
Utarbeiding av informasjonsskriv	s 46
Intervjuguide	s 46
Gjennomføring av intervju.....	s 47
Transkribering	s 49
Analyse	s 50
Eiga rolle i forskinga	s 52
Validitet, reliabilitet og generaliserbarheit	s 53
Etiske aspekt	s 54

Kap. 6. Presentasjon av funn.....	s 55
Om erfaringar og praksis knytt til eldre brukarar (65+) som er rusmisbrukarar.....	s 56
”Du veit aldri kva som møter deg”.....	s 57
Staden	s 57
Fjorden	s 59
Lien	s 61
Dei mannlige og kvinnelege brukarane	s 64
Oppsummering	s 66
Planar og organisering.....	s 68
Kunnskap og ressursar.....	s 71
Ei brukargruppe som er ressurskrevjande	s 71
Ingen her som har anna kunnskap enn erfaring.....	s 72
Oppsummering	s 78
Intervensjon	s 79

Kap. 7. Faktorar ved bakkebyråkraten sine arbeidsvilkår som kan forklare praksis overfor eldre brukarar som misbruker rusmiddel.....	s 84
Rusen- eit tilleggsproblem?	s 85
”Det gjer noko med deg”. Om ansikt til ansikt relasjonane.....	s 86
”Vi kan ikkje lukke auga og berre bytte dosetten liksom”. Om vage og motsetnadsfylte mål.....	s 90
”Der er så mange andre som også trengje hjelp”. Om tilhøvet mellom ressursar og behov.....	s 93
”Ja, kva gjer eg no?” Om bakkebyråkraten si utøving av skjønn.....	s 96
Om førehandsteorien til bakkebyråkraten	s 98
Erfaringsbasert kunnskap	s 100
Common sense	s 102
Teoribasert kunnskap	s 104
Verdibasert kunnskap	s 108
Oppsummering	s 110

Kap. 8. Avslutning	s 112
Hovudfunn og konklusjonar	s 112
Reliabilitet	s 115
Validitet	s 116
Overførbarheit.....	s 117
Implikasjonar for praksis og for vidare forskning.....	s 118

Litteraturliste.....	s 120
-----------------------------	--------------

Vedlegg

- Orientering til informantar
- Samtykkeerklæring
- Avtale om anonymitet
- Intervjuguide for heimesjukepleiar og heimehjelp
- Intervjuguide leiar/soneleiar i kommunal heimeteneste.

Innleiing

Talet på eldre personar i befolkninga stig kraftig i dei nordiske landa, slik som så mange andre stadar i verda (Jyrkämä og Haapamäki, 2008). Innbyggjarar over 65 år representerte i 2008 15-17 prosent av befolkninga, og andelen aukar jamt. Samstundes som dei nordiske samfunna eldast, lever den nordiske befolkninga i ei alkoholpolitisk brytningstid (ibid). Alkohol er billigare og lettare tilgjengeleg enn tidlegare, og dette har bidrege til at det totale konsumet stig. Den totalavhaldande del av befolkninga minskar. Tendensane er synlege i alle generasjonar, og alkoholrelaterte skadar og sjukdomar blir vanlegare også i dei eldre aldersgruppene (ibid).

Øivind Horverak, forskar ved SIRUS, uttalte i *Rus og Samfunn* (2008) at det er ein stabil trend at dei over 60 aukar sitt forbruk. Horverak presiserer at forbruket blant dei eldste i utgangspunktet var lavt, og at auken sjølvst må sjåast i forhold til dette. Likevel ser ein endringar i eldre sin omgang med alkohol. Tal frå Statistisk sentralbyrå (SSB) sin helse- og levekårsundersøking frå 2008, syner at 18 prosent av eldre over 67 år drikk alkohol to eller fleire gongar i veka (Wilhelmsen (2009), her referert i Lunde, 2010:22). Tilsvarande tall frå 1998 var ni prosent (Roll Hansen (1999), her referert i Lunde 2010:22).

Eg har gjennomført vidareutdanning i rus som del av mi masterutdanning, og ynskte difor å nytte dette fagfeltet som ein del av mi forskingsstudie. Perspektiv og innfallsvinklar å velje mellom er mange, og eg kontakta personar som arbeidar innan rusfeltet for å få innspel om aktuelle tema. Såleis fekk eg auge opp for at tematikken eldre og rus er eit særst forsømt område i rusfagleg samanheng. I tillegg såg eg etter kvart at temaet også er særst lite behandla i alders- og omsorgsforskning. Eg synest dette kunne vere interessant å gripe fatt i, og byrja å søkje meir inngåande på temaet. *Bakgrunnen* for å gjennomføre denne studien har såleis vore interessa for temaet eldre og rus.

Eg fann raskt ut at litteratur og fokus på kombinasjonen eldre og rus er omtrent fråverande. Likeeins gjorde eg søk på Regjeringa sine sider, og kunne heller ikkje der finne noko særleg vektlegging på koplinga mellom eldre og rus. Det vesle som er å finne knytt til kopling mellom eldre og rus, handlar om helseperspektivet, om sjukdom og dødelegheit knytt til rusbruk. Stortingsmelding Nr. 25, *Mestring, muligheter og mening* (2005-2006) har fokus på framtida sine omsorgsutfordringar og hovudbrukarane av dei kommunale helse- og omsorgstenestene. Både kortsiktige og langsiktige strategiar for å møte utfordringar vert presentert. Heller ikkje i dette dokumentet vert koplinga mellom eldre og rus omtala i særleg

stor grad. Men det blir nemnt at auka alkoholforbruk blant dagens unge kan bli ei stor utfordring for dei framtidige omsorgstenestene (Stortingsmelding Nr. 25, Mestring, muligheter og mening (2005-2006:45)). Det vert synt til at det er vanskeleg å anslå framtidig alkoholforbruk, men at dagens generasjonar av unge har både høgare forbruk og utdanning enn dagens 70-80 åringar som hadde eit betydeleg lågare forbruk då dei var i aldersgruppa 15-25 år, enn dagens unge. Høgt gjennomsnittleg utdanningsnivå blant dagens unge og middelaldrande trekkjer i same retning, då studium syner klar samanheng mellom utdanning og alkoholkonsum (ibid).

Opptappingsplanen for rusfeltet vart lansert i 2007, og helsemyndigheitene har gjennom denne planen synt at rusfeltet skal styrkast og prioriterast. Styrking av tilbodet til personar med rusproblem og samtidig psykiske lidningar er ein del av målsetjinga. Men, heller ikkje i dette dokumentet er eldre med rusproblem nemnt. I ein rapport om eldre europearar sine alkoholvanar, gjennomført i ei rekkje EU- land (inkludert Sverige og Finland), vert det konkludert med at alkoholbruk blant eldre er eit underrapportert og lite utforska tema innanfor EU (Hallgren og Hogberg, 2009), her referert i Lunde (2010:23).

Eg innsåg etterkvart at eldre og rus var eit "ikkje- tema". Kva er årsaka til dette? Har ikkje samfunnet interesse for eldre menneske med rusmisbruk? Kvifor er det nesten ikkje skrivne noko om denne tematikken? Spørsmåla vart mange, og eg funderte lenge på kva vinkling eg skulle velje, og kven eg skulle snakke med for å få eit innblikk i temaet. Eg vurderte lenge om eg skulle intervjuje eldre menneske som har rusproblem eller deira pårørande, men fann ut at eg ikkje ville ha tid eller ressursar for å gjennomføre ei studie basert på dette. Då måtte eg søkje REK (Regionetisk komite) og eg ville sannsynlegvis måtte bruke lang tid på å rekruttere respondentar. I tillegg såg eg at det kunne verte mange etiske dilemma som kunne gjere dette arbeidet vanskeleg. Eg tenkjer at eldre rusavhengige er ei sårbar gruppe, at ein treng tid for å bygge tillit for å kunne gjennomføre ei etisk forsvarleg undersøking. Av omsyn til tid og ressursar, men også av etiske omsyn, bestemte eg meg heller for å nytte tilsette i heimetenestene som innfallsvinkel og informantar i studien. Såleis vil studien ha bakgrunn i denne yrkesgruppa sine erfaringar og refleksjonar kring tematikken. *Formålet* med studia er såleis å beskrive tilsette i heimetenesta sine erfaringar og praksis i forhold til eldre brukarar som misbrukar rusmiddel. Korleis erfarer og handterer kommunal heimeteneste brukarar som misbruker rusmiddel? Har dei kunnskap på området? Korleis forstår og intervenserer dei i forhold til rusfaglege utfordringar? Kva med planarbeid og organisering av tenesta overfor desse brukarane?

Med utgangspunkt i ulike søkjekjelder i Bibsys, fann eg få resultat om eldre og rus kopla til heimeteneste. Ved sida av NAD sin presentasjon av nordisk forskning, fann eg britisk forskning gjort av Rachel Herring og Betsy Thom. Den britiske forskinga var interessant, fordi det her var nytta liknande vinkling til tema, som eg har i mi studie. Denne forskinga vil bli gjort greie for i kapittel 3 som omhandlar eksisterande forskning. Eg vil presisere at eg har valt å ikkje gjere veldig omfattande søk på studium gjort utanfor Norden, fordi velferdstenester og organisering er annleis oppbygd i ulike land. Kontekstuelle tilhøve konstituert i ulike kulturar, kan gi heilt andre perspektiv på eldre og deira stilling i samfunnet. Likeeins vil kultur knytt til alkoholvanar, og eldre si rolle i ulike land, spele ei rolle i forhold til haldningar og forståingar knytt til temaet eldre og rus. Såleis vil overføringsverdien vere av uviss karakter. Difor avgrensing stort sett til nordisk forskning. I neste kapittel vil eg presentere aktørar og avklare sentrale omgrep i mitt forskingsfelt. Dette vil gi lesaren ein kontekst for vidare lesing. Men først om vidare avgrensing og problemstilling.

Avgrensing og problemstilling

Det syner seg altså å vere mangel både på kunnskap og forskning når det gjeld eldre og rus, samt denne brukargruppa sine relasjonar til hjelpeapparatet. I NAD sin rapport (Jyrkämä og Haapamäki, 2008) får eg ei god oversikt over det som finnst per i dag, og det gir meg inspirasjon til å sjå nærare på heimetenesta sine praksisformer knytt til eldre brukarar (65+) som er rusmisbrukarar. Er situasjonen i norsk heimeteneste slik tendensar i NAD sin publikasjon viser, at det finnst få retningslinjer og mangelfull satsing og kunnskap om eldre som misbrukar rusmiddel? Eller har det skjedd mykje dei siste to åra, etter NAD rapporten, i forhold til å utvikle/tilpasse tenester for denne gruppa? På bakgrunn av søkjeprøve, interessefelt og for vidare avgrensing, kom eg fram til følgjande problemstilling;

Kva erfaringar og praksis har tilsette i kommunal heimeteneste ovanfor eldre brukarar som misbrukar rusmiddel?

Som lesaren ser, har problemstillinga to sentrale aspekt, erfaring og praksis. *Praksis* vil i dette prosjektet definerast som både det som omfattar planar og organisering, kunnskap, forståing og intervensjon. Spørsmål knytt til desse områda vil bli stilt både til soneleiarane, heimesjukepleiarar og heimehjelper. Møter ein brukar åleine eller ilag med ein kollega, kva ansvarsområde for heimehjelp vs. heimesjukepleiar, retningslinjer, skjønnsutøving,

yrkesetiske problemstillingar, roller, samarbeid med andre instansar, om kursing/vidareutdanning, tid og ressursar. For å systematisere og sikre at spørsmåla i intervjuguiden skulle dekke opp alle områda eg ynskte kunnskap på, utvikla eg forskingsspørsmål for å konkretisere momenta knytt til erfaring og praksis.

Organisering vil i denne konteksten handle om korleis det er inndelt i t.d soner, om dei tilsette har faste brukarar dei går til, tilhøvet mellom heimesjukepleiar og heimhjelp, heimetenestene sine ansvarsområde, tverrfagleg samarbeid, planar (ruspolitisk handlingsplan, omsorgsplan) m.m. Har t.d. kommunane eige rusteam, psykiatriteam eller ambulerande team knytt til dei eldre brukarane? Følgjande forskingsspørsmål vart utforma som strukturerande for intervjuguide;

Forskingsspørsmål;

- Har dei kommunale heimetenestene eigne planar/retningslinjer for eldre brukarar som misbrukar rusmiddel?
- Kva kunnskapsgrunnlag har tilsette i heimetenesta i forhold til å møte eldre brukarar som misbrukar rusmiddel?
- Korleis forstår og intervenserer tilsette i heimetenesta i forhold til eldre brukarar som misbrukar rusmiddel?

Vidare vil eg no klargjere val av omgrep, teoretiske og metodologiske perspektiv som har vore sentrale i studiet. Fokus vert retta mot fenomenet eldre og rus gjennom tilsette i heimetenesta, altså *helsepersonell*, sine erfaringar. Kunnskapen som har vorte skapt i intervjusamanheng mellom meg som forskar og informantane mine, vil verte analysert og drøfta i lys av teoretiske perspektiv og omgrep. Eit teoretisk perspektiv i denne studien vil vere Michael Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet. Tilsette i heimetenesta kan forståast som bakkebyråkratar, og eg opplever at mange av kjenneteikna knytt til bakkebyråkraten kan setje mine funn i eit interessant lys. Eg vil vidare trekkje koplingar til, og gjere greie for ulike aspekt ved handlingsteori. Eg synest det vidare kan vere spanande å samstundes reflektere over korleis bakkebyråkratane klarer å balansere to sentrale aspekt ved deira yrkesutøving og relasjon til brukarane, nemleg omsorg og autonomi. Vert desse viktige aspekta i møte med brukarane utfordra når brukar er rusmisbrukar? Såleis vil teorien om bakkebyråkratiet og handlingsteori vere sentrale utgangspunkt i analyse og drøftingsdelen av oppgåva. Eg vonar

eg kan bidra til å skape nye dimensjonar og perspektiv å forstå heimetenesta sin praksis overfor eldre brukarar med rusproblem på.

Dei eldre brukarane av heimetenesta

I studien vert eldre definert som menneske som er over 65 år. Som Daatland og Solheim (2000:133) seier, er det eit skjønsspørsmål kvar vi set grensa for *gamle* eller *eldre*. I Noreg har pensjonsalderen i Folketrygda, 67 år, oftast vore brukt, medan det i andre industrialiserte land gjerne vert brukt 65 år. Fordi den faktiske pensjonsalderen kryp nedover i mange yrke, og fordi det er aukande variasjon i tidspunkt for pensjonering, har 67 år vorte mindre naturleg som sosial definisjon av eldre (ibid). Såleis gjorde eg ei avgjersle om at eg i denne studien definerer eldre som 65 år og oppover. Det skal likevel seiast at mange av informantane mine synest det var vanskeleg å halde seg til denne avgrensinga, og at nokre av brukarane dei har snakka om, kanskje har vore ned i 60- års alderen. Eg ser ikkje at dette skaper noko stor kvalitetsrisiko for studien. I og med at eg har sett denne grensa, vil få av den første generasjonen av narkomane vere innbefatta i dette materialet. Dei eldste av dei narkomane har begynt å nærme seg denne alderen, men det er ikkje så mange enno. Dermed vil dei eldre i denne studien først og fremst vere misbrukarar av alkohol og medikament.

Rusmisbrukar eller rusavhengig

I studien har eg valt å omtale eldre brukarar som har stort forbruk av rusmiddel som *rusmisbrukarar*. Det er viktig for meg å avklare kva eg legg i omgrepet *rusmisbrukar*, slik at lesaren kan forstå innhaldet i denne omtalen. Ein kan skilje mellom rusbruk, rusmisbruk og rusavhengigheit. I daglegtalet er ordet avhengigheit nøytralt; det er verken positiv eller negativt ladda (Evjen, Kielland og Øiern, 2007:68). Ein kan snakke om banale former for avhengigheit, som det å vere avhengig av ein person eller av eit godt arbeidsmiljø. Men avhengigheit er som forfattarane (ibid) nemner også ei psykiatrisk diagnose, nemninga på ein sjukdom eller forstyrning der ein er avhengig av at kjemiske stoff skal påverke hjerna. Men å avgrense rusavhengigheit til ein sjukdom har også sine avgrensingar. Rusmisbruk kan også forståast som innlært åtferd eller som ei marginalisert rolle (ibid).

Ei gruppe norske forskarar med medisinsk og filosofisk bakgrunn har foreslått følgjande definisjon på avhengigheit; "Avhengigheit er å ha tilførselen av et rusmiddel som en så sterk

motivkraft i tilværelsen at det forstyrrer andre motiver". Denne definisjonen opnar for at årsakene til at ein person utviklar avhengigheit, kan ha samanheng med biologiske, psykologiske eller sosiale forhold (Elster og Skog, 1999, her referert i Evjen, Kielland og Øiern, 2007:68). Men diagnosen avhengigheit er i begge diagnosesystema som vert nytta her til lands (ICD-10 og DSM-IV), definert operasjonelt ved at det skal ligge føre eit visst antall bestemte kriterium for å kunne stille denne diagnosen. Fekjær (2004:200) syner til at definisjonen av avhengigheit er kritisert frå mange hald. Definisjonane stiller ikkje spørsmål om kor mykje rusmiddel som vert brukt. Dagleg bruk er heller ikkje ein føresetnad. Dermed avvik diagnosekriteria sterkt frå dei vanlege oppfatningane om kva alkoholisme og narkomani er (ibid). Difor vert det feil av meg å nytte omgrepet avhengigheit i denne studien. Verken eg eller mine informantar har føresetnader for å vite om alle kriterium er oppfylt for at brukar kan kallast rusavhengig.

Nesvåg (1994:59) skil mellom omgrepa kjernebruk, utvida bruk og misbruk, og har ei kulturell forankring som bakgrunn for å definere ulik grad av rusbruk. Spørsmålet om når ein person går frå å drikke litt for mykje til å vere "misbrukar" eller "alkoholikar", vil i stor grad vere avhengig av *toleransgrensa* i det nære miljøet personen er del av (ibid:59). Ein kan seie at det heller er skilnaden mellom miljøet sin bruk av stoffet, og den einskilde sin bruk i seg sjølv, som definerer om det er misbruk eller ikkje. Det kan gå både på mengde, type situasjonar og kva bruksmåte det er snakk om, og kva åtferd som følgjer av bruken (ibid).

Kjernebruk blir ifølgje Nesvåg (ibid:60) definert utifrå kva som medlemmene av eit samfunn eller eit samfunnslag over lang tid har ansett for passande. Det er også utifrå dette større samfunnet eller samfunnlaget at den kulturelle kontrollen vert utøvd. Det kan ein også sjå utifrå kva type sanksjonar som vert sett i verk ved brot på passande bruk, nemleg sosial utestenging, moralsk forsømming og liknande (ibid).

Utvida bruk, er bruk av psykoaktive stoff som er eit brot med den tradisjonelle bruken, innafor eit samfunn eller ei større gruppe innan eit samfunn (Nesvåg, 1994:60). Det kan handle om bruksmåtar, situasjonar og i nokre tilfelle, også type stoff. Det er mange gråsoner mellom utvida bruk og det som kan kallast misbruk. Nesvåg (ibid) meiner at misbruk, kulturelt definert, ligg i dagens kulturelle situasjon meir i forlenginga av den utvida bruken, enn gjennom brot på kjernebruksbarriera. I dagens situasjon vil det såleis på dei fleste områder vere gråsoner av utvida bruk med kulturelt (stilltiande) akseptert bruk, men med svak kontroll når det røyner på (ibid). Når ein person går over frå utvida bruk til misbruk vil

avhenge av toleransegrensa i det nære miljøet personen er del av. Ein kan såleis, gjennom denne kulturelle definisjonen, kunne seie at det meir er forskjellen mellom miljøets sin bruk av stoffet og den einskilde sin bruk som er avgjerande, meir enn det den einskilde brukar i seg sjølv (Nesvåg, 1994:62).

Som lesaren ser, er det dermed mange måtar å definere og forstå misbruk, avhengigheit- eller ikkje, på. I vidare presentasjon tek eg utgangspunkt i Nesvåg si forståing av misbruk, og vil nytte *rusmisbruk* som betegnning på brukarane sin rusbruk i denne oppgåva. Når eg intervjuar informantane mine, er eg såleis interessert i å få kunnskap om erfaring og praksis overfor brukarar som dei tilsette opplever bryt med toleransegrensa i det nære miljøet personen er del av.

Ei vidare presisering, er at rusmisbruk i denne studia vil omhandle både alkohol og medikamentmisbruk. Hovudfokus ligg nok på alkoholrelatert misbruk, når det gjeld forskning eg presenterer i kap 3, men i intervju med informantane mine kom det også for dagen at det er relativt vanleg også med medikamentmisbruk (særleg blant kvinner). Eg har difor heile vegen tenkt at medikamentmisbruk også går under betegninga rusmisbruk. Folkehelseinstituttet (2010) her referert i Lunde (2010:22), viser til at tal frå Reseptregisteret 2005-2009 syner at eldre over 70 år er storforbrukarar av beroligande medikament, sovemedikament og ulike typar av smertestillande. I 2009 fekk 18 prosent av kvinner over 70 år skrive ut beroligande eller angstdempende legemiddel. Heile 28 prosent av kvinner over 70 år og 17 prosent av menn over 70 år fekk skrive ut sovemedisin som Imovane og Zopiklon (ibid).

Kap. 2. Om omsorgstenesta og kommunalt rusarbeid

I 2008 utgjorde omsorgstenestene ut ifrå rekneskapstala, ein tredjedel av kommunane si verksemd. Det vart utført 121 000 årsverk, og over 260 000 personar mottok heimetenester, institusjonstilbod og andre omsorgstenester i 2008 (Helse- og omsorgsdepartementet). Kommunane har ansvaret for utbygging, utforming og organisering av eit forsvarleg og godt tenestetilbod til den einskilde som har behov for omsorgstenester. Vidare har staten ansvar for å sikre like rammevilkår gjennom regelverk og økonomiske rammer, samt ved å sikre tilgang til nok personell, føre tilsyn og kontroll (ibid). I denne oppgåva er tilsette i kommunal heimeteneste informantar, og vidare vil eg difor gi lesaren ein presentasjon av denne tenesta si organisering og kjenneteikn. Først litt generelt om eldreomsorg.

Eldreomsorg

Den moderne eldreomsorga slik vi kjenner den i dag, er ein relativt ny konstruksjon som har vakse fram av sosialpolitiske krafttak etter andre verdskrig (Daatland, 1992:13). Ansvar for eldre med hjelpebehov er eit offentleg ansvar, noko som ikkje er ei sjølvfølge i andre delar av den vestlege verda. Szebehely (1998) her referert i Vabø (2007:13) uttrykkjer at vårt offentlege omsorgsapparat i internasjonal samanheng ofte blir rekna som ein særdeles omfattande og sjenerøs nordisk velferdsmodell. Den nordiske modellen er kjenneteikna ved å ha eit velutbygd tenesteapparat retta inn mot alle samfunnslag, i tillegg til at vi også har eit utbygd trygdesystem (ibid). Eit betydeleg innslag av omsorgstenester, i stor grad også retta mot heimebuande eldre, har gitt opphav til betegnelse som ”omsorgsstaten” og ”den sociala servicestaten” (ibid). Omgrepa kan ifølgje Vabø, relaterast til den prosessen Helga Hernes (1987) kalla ”reproduction going public”, som innebar at store delar av omsorgsoppgåvene som tidlegare låg på pårørande og sivilsamfunn vart innlemma i offentlege ansvarsområde (ibid).

Som del av visjonen om velferdsstaten vart offentlege omsorgstenester frå starten av sett på som eit bidrag til eit sikkerheitsnett som skulle hindre at menneske skulle lide naud den dagen aldring og sjukdom avgrensa den einskilde si evne til å greie seg sjølv (Vabø, 2007:14). Heimebaserte tenester inngår som ein del av kommunane sitt lovpålagde helse og sosialtilbod. Det er kommunane si plikt å yte naudsynt helsehjelp, samt praktisk og personleg hjelp, til menneske som grunna sjukdom, funksjonshemming, alder eller andre årsaker er heilt ute av stand til å klare dagleglivet sine gjeremål (ibid:117). Forfattaren (ibid) poengterar vidare at det ikkje vert presisert kva som er *nødvendig*, og kva det vil seie å vere heilt ute av stand til å klare dagleglivet sine gjeremål. Desse spørsmåla vert overlatne til dei tilsette i kommunane sine skjønnsmessige vurderingar og avgjersler. Kommunale omsorgstenester består i hovudsak av ulike former for heimetenester, heimesjukepleie, omsorgsbustader og sjukeheimar, med støtte fra dei øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene. I denne studien er det heimetenesta som er i søkjelyset, og difor vil vidare presentasjon omhandle kjenneteikn og utfordringar knytt til tenester til heimebuande eldre.

Heimetenesta

Heimebasert omsorgsteneste slik vi kjenner den i dag, har sine røtter i to ulike verksemder i sivilsamfunnet; heimesjukepleie og heimehjelp (Vabø, 2007:109). Allereie i 1870 åra vart det drive heimesjukepleie gjennom at dei hjelpetrengande fekk såkalla fattigpleie drive av meinigheiter og diakonisserørsla. Heimehjelp kom med 1950 talet si industrialisering, urbanisering og flukt frå landsbygda. Behovet for å supplere nabo- og familiehjelp til vanskeligstilte eldre vart først erkjent av ideelle organisasjonar, og Nasjonalforeninga for folkehelsa, og Norske Kvinners Sanitetsforening tok det første initiativet til å organisere heimehjelp (Daatland og Solheim, 1992:25). I 1955 vart heimebasert omsorg for første gong ansett for å vere eit offentleg anliggende, etter at Strømkomiteen avga si innstilling om problema i eldreomsorga (ibid:23). Strømkomiteen tok til orde for auka offentleg innsats på området og argumenterte for at ei god heimehjelpsordning ville spare staten for utgifter til aldersheimar (Sosialdepartementet, 1966, her referert i Vabø, 2007:109). Ei omsorgsteneste i heimen vart framstilt som eit konstruktivt alternativ til dei etablerte aldersinstitusjonane, og tenesta skulle vidare bidra til å utsetje tidspunkt for pleie i institusjon. Det vart også synt til at ein dermed også kunne forhindre at eldre vart unødig passiviserte.

Heilt frå starten av, vart det halde fast ved ei arbeidsdeling mellom heimehjelp og heimesjukepleie, mellom arbeidet med praktisk husarbeid og arbeide med kroppen (Vabø, 2007:110). Utdanna personale frå heimesjukepleia vert betrakta som spesialistar som først og fremst har fokus på hjelpemottakars helsetilstand, medan heimehjelpene er generalistar som skal bistå til at det normale kvardagslivet fungerer. Som Wærness (1992) her referert i Daatland og Solheim (1992:175) peikar på, har heimesjukepleia primært retta merksemda mot hjelpemottakars helsetilstand, og dei er underlagt ein medisinsk byråkratisk kultur. Frå 1959 vart det etablert ei ordning med statstilskot til heimesjukepleie, ti år etter i 1969, vart dette etablert også for heimehjelp. Statstilskota markerte starten på ei ekspansjonsfase, og frå 1965 til byrjinga av 1980 talet vart talet på heimehjelpsmottakarar firedobla (Daatland, 1992:25-26). Heimetenesta vart etter kvart knytt til ei ideologisk begrunning som handla om individuell uavhengigheit. Ekspansjonen av heimebasert omsorgsteneste også på 1970 talet var i tråd med den nye, sosialpolitiske ånda. Tenesta som i starten hadde vorte sett på som eit kostnadseffektivt svar på manglande institusjons- og sjukehusplassar, vart i aukande grad forstått som eit alternativ til aldersinstitusjonar (Vabø, 2007:112). Heimetenesta vart såleis eit fridomssymbol i eldrepolitikken og eit alternativ som i større grad tok omsyn til den einskilde si særne livsform.

Men i 1980-åra vart det i midlertid stilt spørsmål ved om velferdsstaten hadde nådd sine grenser (Vabø, 2007:112). Det har vore hevda at velferdsstaten generelt, og omsorgstenesta spesielt, står overfor ei finansiell krise. Innanfor heimebasert omsorg har det etter kvart vorte mange teikn til at spriket mellom ressursar og mål har auka, ikkje berre som følgje av krav om å avgrense utgiftsveksten, men også grunna stadig utvida ansvarsområde. Vabø (ibid:19) syner til at heimetenesta stadig har overtatt ansvar for nye brukargrupper med meir omfattande og komplekse hjelpebehov, på bakgrunn av kortare liggetid på sjukehus og nedlegging av institusjonar.

Auka etterspørsel av tenester, samt auke i den eldste befolkningsgruppa, har medført eit auka press på heimetenesta. Omsorgsforskarane Wærness (1989) og Thorsen (1998) her referert i Vabø (2007:19), har påpeika at heimetenesta er den tenesta som blir sittande igjen med svarteper når alle delar av omsorgsapparatet skal effektiviserast. Thorsen og Wærness (1999:18) viser til at spesielt heimehjelpstenesta blir det som vert kalla ei *residuell* teneste, det vil seie ei teneste som stadig er under press for endringar i andre sektorar - sjukehusa, institusjonane og heimesjukepleia, med få moglegheiter og liten makt til å demme opp, krevje eller setje grenser for oppgåver. Avinstitusjonalisering av psykiatrien har blant anna ført mange nye brukarar inn i kommunal heimeteneste. Ein ser at brukargruppene vert fleire, og det vert krav til kunnskap og innsats på nye og kanskje lite kjente områder. Ein får det som Thorsen (1998) her referert i Thorsen og Wærness (1999:18) kallar "Den pressede omsorgen". Forfattarane minner om at dei eldste brukarane risikerer å bli den svake og tapande part i kampen om tenestene, og at dei eldste ofte står lågast på statusstigen også blant helse- og omsorgspersonell.

Thorsen og Wærness (1999:18) syner til at *brukartilpassning, tverrfaglegheit, samordning, integrasjon, fleksibilitet, effektivitet og desentralisering* har vore viktige prinsipp når det gjeld organisering av eldreomsorga i offentlege dokument. Dette vert leiande ideologiske føringar for endring, og angir dei måla ein strebar etter i eldreomsorga. I tråd med vekslende ideologiske føringar, har også nemninga på dei eldre endra seg; "gamle" vart allereie i 1955 endra til "dei eldre", klientar blir til brukarar og kundar (ibid).

Vabø (2007:19) syner til at den empiriske omsorgsforskinga frå dei siste 10-15 åra formidlar eit bilete av heimetenesta som ei pressa omsorgsteneste, ei teneste der travelheita aukar og der tilsette i førstelinja strekkjer seg til det yttarste for å kompensere for velferdsstatens utilstrekkelegheit. Omsorgsforskinga har såleis gjennom sine forskingsresultat bidrege til å

formidle eit bilete av ei teneste som er underfinansiert sett i forhold til sosialpolitiske mål som den er meint å ivareta (Vabø, 2007:19). Geriatri og eldreomsorg har eit stort innslag av det som er kalla stillstands- eller tilbakegangsomsorg, noko som inneber komplekse arbeidsoppgåver som er vanskelege å løyse raskt og effektivt. Særleg sjukepleieprofesjonen befinn seg i skjeringspunktet mellom ei medisinsk og ei humanistisk fagorientering, innanfor ein medisinsk dominert helseorganisasjon (ibid:31). Sjukepleiarane sine utføringar av arbeidet, også innanfor eldreomsorga, kan bli prega av oppgåveorientering på bakgrunn av lite tid og dermed avgrensa moglegheit til å utvikle relasjonar til brukarane. Ved sida av tid og ressursar vil også bilete ein har av dei eldre påverke utføringa av ulike tenester i eldreomsorga.

Eldrebilete

Thorsen og Wærness (1999:12) syner til at eldreomsorga tek utgangspunkt i både rådande førestillingar om korleis aldring føregjeng, korleis eldre er, og korleis deira situasjon bør vere. Eldrebileta slik dei gjerne vert framstilt i offentleg debatt og medium er tvitydige. Bileta av eldre varierer mellom eit dystert syn på eldre som sjuke, einsame, hjelpelause, avhengige og samfunnsmessig marginale, og det optimistiske bilete av eldre som aktive, ressurssterke, energiske og fulle av lyst til å delta og bidra (Thorsen og Wærness, 1999:12). Forfattarane (ibid) syner vidare til at eldrebileta vert utforma i eit samfunn som dyrkar ungdommen, det nye og det komande. Dei eldre vil få sin status og posisjon utforma i lys av – og i kontrast til dette.

For hundre år sia skulle det å bli middelaldrande og eldre uttrykkjast med verdigheit, ro og sindigheit (ibid:13). ”Den passive pleie” som De gamles helsekomite beskriv, var tilpassa ei aldringsoppfatning der det å ta det med ro, og det å kvile var sett som eit alderdomsideal. Dei eldre skulle få lov til å ta det med ro og vere passivt hjelpemottakande. Men etter kvart skjedde det ei teoretisk endring i gerontologien, der ”tilbaketrekningsteorien” (Cumming og Henry 1961) vart tilbakevist av tilhengjarane av ”aktivitetsperspektivet på aldringen” (Thorsen og Wærness, 1999:14). I dette perspektivet vart det hevda at tilbaketrekning i alderdommen skjedde tvungent og ikkje av fri vilje. Tilhengjarane av dette aktivitetsperspektivet meinte at dei eldre vart skjøve ut av eit samfunn som ikkje verdsette deira deltaking. Seinare har teorien vorte meir nyansert og tilpassa den store variasjonen i den eldre befolkninga og dei mange ulike måtane ein aldrast på (ibid).

Men som Thorsen og Wærness (Thorsen og Wærness, 1999:14) minner om, lever nok dei eldre i dag under eit sterkt aktivitetsideal. Idealet for alderdommen er den aktive eldre, som bur heime lengst mogleg. Såleis vert det som Thorsen og Wærness (ibid) seier, om å gjere å markere at ein har lita tid. Travelheit er såleis eit teikn på at ein er aktiv, slik idealet føreskriv. Dette betyr, sett på spissen, at dei eldre lever under eit aktivitetsideal som kan medføre at sjukdom, avhengigheit og hjelpebehov framstår som negative teikn på at ein har vorte gamal (Slagsvold og Danielsen, (1990) her referert i Thorsen og Wærness (1999:15)). Sjukdom og avhengigheit kan opplevast som trugande for sjølvbilete, der idealet er den aktive, ressurssterke eldre. Innafor det som vert rekna som ein individualiserande modernitet vert det utvikla ei norm om autonomi (Christensen, 1998, her referert i Thorsen og Wærness, (1999:15)). I eit helseorientert samfunn vert det lagt sterkare og sterkare vekt på den einskilde sitt ansvar for eiga helse og alderdom. Infeksjonssjukdommar har vorte erstatta av meir kroniske lidningar, og vi har fått det som vert kalla livsstilssjukdommar, samsjukdommar og miljørelaterte lidningar (ibid). Den einskilde blir i større og større grad gjort til ansvar for eiga helse.

Eit anna moment eg vil ta med her, er den auka levealderen i befolkninga. Fleire og fleire blir 80 og 90 år, ein kan rekne med å verte gammal, noko ein ikkje kunne forvente i like stor grad for nokre generasjonar tilbake. Samstundes med høgare levealder vert ein som Thorsen og Wærness (1999:15) peikar på, definert som "for gammal" i stadig yngre alder. Reell pensjonsalder går ned, og "gammelfasen" definert ved det å vere pensjonist, aukar stadig. Eg har snakka om dette med eldrebilete og eit helseorientert samfunn. Idealet er nok den aktive eldre som er sprek og ressurssterk. Korleis blir det så med dei eldre som ikkje greier å leve opp til dette idealet?. Eg tenkjer at brukargruppa eg tek føre meg i denne oppgåva, eldre som er rusmisbrukara, kan få det vanskeleg i forhold til dette idealet.

Kommunalt ansvar for rusmisbrukarar

Gjennom iverksetjing av Rusreforma i 2004, har Stortinget overført fylkeskommunalt ansvar for behandlingstiltak for rusmiddelmissbrukarar til staten ved dei regionale helseføretaka (Rundskriv I-8/2004). Såleis er det helsevesenet som har ansvar for behandling, og rusmisbrukarane har fått status som pasientar med dertil pasientrettigheter (Ravndal, 2009:75). Rusmiddelmissbrukarar skulle lettare få behandling for sine somatiske plager, og samhandling rundt pasientar med samtidig psykisk lidning og rusproblem skulle bli betre.

Vidare var det ei uttalt målsetjing at reforma skulle bidra til meir standardiserte tenester, samt å redusere geografisk skilnad i tilgang og kvalitet på helsetenester (Helsedepartementet, 2004b, her referert i Mjåland, 2008:37).

Kommunane sitt ansvar for rusmiddelmissbrukarar vart uendra etter rusreforma. Kommunane har eit omfattande ansvar når det gjeld tenester til personar med rusmiddelproblem, og vil ha ulike måtar å organisere tenesta på. Ansvaret følgjer av sosialtenestelova og kommunehelsetenestelova. Tenestene kan omfatte rådgiving og rettleiing, støtteopplegg, bustad og evt. oppfølging i bustad, oppsøkande arbeid, tiltak for sosial- og arbeidsretta rehabilitering, arbeid med Individuell plan og oppfølging før, under og etter opphald i spesialisthelsetenesta eller fengsel (Helse- og omsorgsdepartementet). Uansett om dårleg helse og hjelpebehov er sjølvforskyldt eller ikkje, vil tilsette i heimetenesta vere pålagt å gi omsorg og hjelp til dei som ikkje klarer å ta hand om seg sjølv. Det kan vere den gamle alkoholiserde mannen ein kjenner frå gatebilde som ikkje lenger klarer å ta vare på seg sjølv, eller det kan vere den unge guten med dobbeltdiagnose (rus og psykiatri) som treng bustadsosial trening.

Kommunehelselova sikrar at rusmisbrukarar har dei same rettighetene til kommunale helsetenester som den øvrige befolkninga (Evjen, Kielland og Øiern, 2007:117). Som forfattarane (ibid) viser til, veit vi at mange rusmisbrukarar har eit større behov for desse tenestene fordi dei ofte har dårleg helse. Sjølv om det formelle ansvaret for rusmisbrukarane sin helsetilstand er avklara etter kommunehelselova og sosialtenestelova, gjeng det føre seg mange diskusjonar om kven som har det *faktiske* ansvaret, og korleis helsetenestetilbodet til rusmisbrukarar skal utformast (Evjen m.fl., 2007:117). Forfattarane syner også til at det er grunn til å tru at den særlege utstrekninga av sosialtenesta sitt ansvar for rusmisbrukarar har ført til ei viss grad av ansvarsfråskrivning frå andre delar av hjelpeapparatet, noko som spesielt har ramma dei med samansett problematikk. I St.meld. nr. 25 (2005-2006) står det at personar med rusproblem utgjer 9 prosent og at personar med psykisk lidning utgjer 37 prosent av mottakarane av omsorgstenester under 67 år (ibid). I St. meld. Nr 25 vert det også vist til at det er på det sosiale og kulturelle området dagens kommunale helse og omsorgsteneste kjem til kort.

Kommunal heimeteneste sine tenester overfor rusmisbrukarar er heimla i helsetenestelova, medan andre kommunale instansar kan vere tilknytt og heimla i sosialtenestelova. I sosialtenestelova, kapittel 6 "Særlege tiltak overfor rusmisbrukere" blir det slått fast at

sosialtenesta skal hjelpe den einskilde vekk frå misbruk av alkohol og andre rusmiddel gjennom råd, rettleiing og hjelpetiltak (Evjen m.fl., 2007:114). Paragraf 6 i sosialtenestelova forpliktar tenesta til å bistå med og etablere behandlingssopplegg til dømes gjennom spesialist eller primærhelsetenesta (§ 6-1 , 2. ledd). Spørsmål eg stiller meg i denne samanheng er om eldre rusmisbrukarar vert innlemma i dette tenestetilbodet. Korleis er det når den eldre har fått tildelt tenester frå heimetenesta? Er det då fare for at sosialtenesta fråskriv seg ansvar? Eller vil dei vere eit supplerande tilbod for den eldre?

Kap. 3. Relevant forskning om eldre og rus

Det er tidkrevjande men spanande å skulle oppdatere seg på nye felt. For meg var temaet eldre og rus noko eg ikkje hadde vore innom tidlegare. Det vart naturleg å nytte ein god del tid til å sitje på biblioteket og søkje på tematikken. I tillegg lånte eg ein bibliotekar for å sikre kvaliteten på dette arbeidet. Eg fann lite, til tross for søk både nasjonalt og internasjonalt. Lunde (2010:21) har også retta førespurnad til Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) og fått avkrefta at det finnst forskning på eldre og rusproblem i Noreg. Ho vart henvist til finske og svenske forskingsmiljø. I søk på SIRUS sine nettsider, fann eg ei nyttig lenkje til det som vert kalla NAD (Nordiskt center for alkohol- och drogforskning). NAD publiserte i 2008 ein publikasjon med tematikken eldre og alkohol. Denne rapporten vart såleis sentral som bakgrunnsstoff for mitt prosjekt, idet publikasjonen inneheld ei grundig oversikt over nordisk forskning på tematikken eldre og rus. Rapporten er ifølgje forfattarane (Jyrkämä og Haapamaki, 2008:5) utarbeidd med tanke på framtidig forskning og metodeutvikling. Hensikta med rapporten var også å diskutere eksisterande forskning og debatten kring eldre og alkohol, og i tillegg granske dei problemstillingar som låg til grunn for den aktuelle kunnskapen. Som ei oppfølging av denne studien arrangerte NAD seminaret: *"Drinken: förfriskning eller risk?"* i Stockholm den 20-21.11.2008.

Forfattarane (ibid:11) gjorde grundige søk på internett og i bibliotekbasar, og nytta i tillegg profesjonell informasjonssøkingsservice. Via ein tilsett ved Tammerfors universitetsbibliotek fann dei ein del vitenskaplege artiklar om emnet i elektroniske databasar. Såleis meiner forfattarane (ibid) å ha sikra søka sine betre. Dei kunne difor etter kvart lite på at det svært avgrensa materialet knytt til eldre og rus ikkje skuldast manglande ferdigheiter i

informasjonssøk. Forfattarane (ibid) presenterer ein systematisk gjennomgang av nordisk forskning på eldre og alkohol sett frå fakta-, helse-, kvardags, kultur-, problem- og kulturperspektiv. Det sistnemnde er så å seie ingenting å finne på. Det som er mest prioritert er fakta knytt til konsum og samanheng mellom den eldre sitt misbruk og helse. Forfattarane syner dessutan til at det er Finland som har kome lengst når det gjeld forskning på eldre og rus. Jyrkämä og Haapamäki (2008:11) opplever at emnet likevel vekker interesse i dei nordiske alkohol og eldreforskningsmiljøa, og at det vert sett på som viktig å gripe fatt i.

Evy Gunnarsson skreiv så langt tilbake som i 1979, om heimetenesta sitt arbeide med eldre alkoholmisbrukara, og presiserte då at dei eldre rusmisbrukarane sin situasjon ikkje vart teken på alvor (Carlström og Westman, 2005:7). Ho synto også til at det ikkje fanst noko retningslinjer for korleis heimetenesta skulle arbeide med denne gruppa av brukarar.

I vidare presentasjonen avgrensar eg til å gjere greie for forskning som er direkte knytt til kopling mellom heimeteneste og eldre brukarar med rusproblem. Som tidlegare nemnt har eg ikkje ynskje om å trekkje inn så mykje av forskinga gjort utanfor Skandinavia, fordi andre kulturelle og organisatoriske kontekstar vil kunne gi bilete som er lite overførbare til ein norsk eller nordisk kontekst. Eg har likevel valt å presentere to artiklar av dei britiske forskarane Rachel Herring og Betsy Thom si forskning knytt til temaet, fordi det er nært knytt opp mot tematikken i min studie. Artikkane er skrivne på bakgrunn av kvalitative studie av heimetenesta sine erfaringar med eldre rusmisbrukande brukarar.

Bemötande av äldre missbrukande vårdtagare inom hemtjänsten

Carlström og Westman (2005) har i si studentoppgåve ved Socialhögskolan i Lund gjort ei kvalitativ studie der formålet var å beskrive og forstå heimetenestepersonal sitt møte med eldre rusmisbrukande brukarar, både praktisk og kjenslemessig. Resultat av denne studien syner at mange i heimetenesta opplevde det problematisk å ha med eldre rusmisbrukarar å gjere. Dei opplevde at det var vanskeleg å ivareta brukars integritet og autonomi, samstundes som ein såg at vedkomande burde ha redusert inntak av rusmiddel. I tillegg ville eit aukande misbruk blant brukarane innebere ekstraarbeid og meir belastning for heimetenestepersonalet. Vidare var erfaringane til dei tilsette at dei ofte følte seg utrygge og redde når dei skulle gå til brukar som rusa seg. Uvissa om kva som møter ein vart trekt fram som belastande. Likeeins kom det fram at ein del av dei tilsette i heimetenesta ikkje ynskje å gå til desse brukarane.

Det kom også fram mønster som tyda på at dei eldre rusmisbrukarane kunne vere stigmatiserte gjennom ei lang misbrukskarriere i den aktuelle kommunen. Carlstrøm og Westman (2005) meiner at det klart kom fram av informantane sin informasjon, at rusmisbrukande brukarar kunne vere ei stigmatisert gruppe også blant heimetenesta sitt personale. Fleire i personalgruppa hadde førutinntatte meiningar kring desse brukarane.

Det kom også fram at det mangla retningslinjer i heimetenesta i forhold til eldre brukarar med rusmisbruk. Såleis kan det verte personavhengig kva ein vel å gjere overfor den einskilde brukar. Forståing og val av handlingar vert difor i stor grad prega av den einskilde hjelpar si forståing av, og kunnskap i forhold til eldre og rus.

Eit interessant moment i Carlstrøm og Westman (2005) sine funn, er det at nokre av informantane frå heimetenesta ikkje såg det som naudsynt å ha spesiell kunnskap og kompetanse i sitt arbeid med alkoholmisbrukande brukarar. Personalet meinte at kvardagskunnskap, slik som sunn fornuft og medkjensle, ofte var tilstrekkeleg for å handtere ulike situasjonar. Spørsmål eg stiller meg i den samanheng, er kvifor er det slik? Kan det forklarast med at dei kanskje meiner at det ikkje er noko hensikt i å gjere noko med misbruket grunna brukars alder? Eller kan det til dømes vere resultat av mange års erfaring med brukarar, der ein har nytta mange ressursar som ikkje har ført fram til endring?

Når det gjaldt spørsmål om brukarane hadde vorte tilbodne, eller hadde gjennomført behandling i forhold til rusmisbruk, var fleire informantar usikre. Vidare kom det fram i studien at mange av personalet hadde ei oppleving av at rusmisbruket forsvann etter kvart som brukaren vart eldre og fekk dårligare helse. Fleire forskingsprosjekt syner i følgje Carlstrøm og Westman (2005) at alkoholkonsumet minskar i takt med at individet vert eldre.

Det skal nemnast at dette er ei lita studie, og at kvaliteten av den nok kan diskuterast, særskilt i forhold til teoretiske koplingar. Likevel synest eg det er interessant å sjå etter likskap eller skilnader mellom egne funn i mi studie og denne svenske studien. Dei to neste svenske studia eg vil presentere har det ikkje lukkast å få tak i, dermed er . Eg har prøvd via Bibsys sitt personale, men det syner seg at det berre er studentoppgåver som ikkje er til utlån. Eg har også kontakta biblioteket ved universitetet i Lund (som sto som utgivar), og dei kunne ikkje spore opp desse oppgåvene. Difor nyttar eg NAD sine referat frå desse studia, og gjer lesaren merksam på at det difor har vore vanskeleg å vurdere kvaliteten og framstillinga av studiane.

Det är klart att det är hårda tag ibland...”- om hemtjänstens arbete med äldre alkoholmissbrukare

I studien; ”*Det är klart att det är hårda tag ibland...”- om hemtjänstens arbete med äldre alkoholmissbrukare*” (Gunnarsson, 1979) intervjuer Gunnarsson personale både i ei såkalla alko- gruppe og i vanleg heimeteneste. Personalet synte til manglande kunnskap kring tematikken eldre og rus, og dei innpassa seg etter dei eldre sine ønske. Informantane ga uttrykk for at dei ikkje hadde noko spesielle metodar for å arbeide med eldre misbrukarar, anna enn at dei tok det frå situasjon til situasjon, og at dei tilpassa seg mykje etter korleis brukaren ville ha det. Også i den såkalla alko- gruppa (tilsvarande rusteam) tilpassa dei tilsette seg mykje etter brukar. Dei tilsette i alko-gruppa jobba to og to og synte til at dette ga dei støtte til å takle utfordringane i forhold til misbrukarane. Personalet meinte at det var viktig å ikkje drive med formynderi. Elles var ei aktuell problemstilling om dei skulle kjøpe alkohol til den eldre eller ikkje. Informantane synte til at dei ønskte meir utdanning knytt til rus, og fortalde at spørsmål om alkohol berre hadde vore flyktig nemnt i internundervisning.

Som Szebehely (2005) her gjengitt i Gunnarsson (2008:86) seier, ser situasjonen på 2000-talet noko annleis ut når det gjeld organisering og kven av dei eldre som får hjelp. Ein har innført kvelds og natt- tilbod i heimetenesta. Andelen eldre som bur på institusjon har gått kraftig ned, og eldre med store hjelpebehov bur heime lenger. Tibell (2002) syner at problematikk knytt til eldre med misbruksproblem er den same over 20 år etter Gunnarsson si studie.

Hemtjänstens syn på vårdtagere med missbruksproblem

Studien til Tibell, A. (2002) ; *Hemtjänstens syn på vårdtagere med missbruksproblem*, er basert på fokusgruppeintervju med heimetenestepersonale. I studien kom det fram at det er manglande retningslinjer for arbeidet med brukarar med rusproblem, og at det dermed vart opp til den einskilde heimhjelp eller heimesjukepleiar å bestemme val av intervensjon. Det kom også fram at det var mange eldre kvinner med skjult rusproblem i den aktuelle kommunen. Informantane synest at arbeidet med eldre misbrukarar var både fysisk og psykisk tungt. Ein av pleiarane fortalde at ho opplevde å ha like mange roller som menneske ho møte, og at ein må halde igjen, ikkje svare imot, og framfor alt ikkje ta med seg ”skiten” heim. Tibell fortel at heimetenesta sine tilsette forsøkte å minske brukars alkoholkonsum. Hyppige

heimebesøk, og det å blande ut spriten med vatn vart nemnt. Heimetenestepersonalet såg på sitt yrke som praktisk arbeid, ikkje som forebyggande behandlingsarbeid. Informantane opplevde ikkje at arbeidsoppgåvene deira kunne koplust til rusomsorg; *”Det är ju ingen alkoholpolitik vi ska bedriva. Vi ska bara ta hand om dem. Det handlar om överlevnad och lite välbefinnande. Det går inte att lära gamla hundar att sitta”*.

Oppsummert syner desse studia at det meste er ugjort når det gjeld kunnskap og forskning på rusmisbruk blant brukarar i eldreomsorga (Jyrkämä og Haapamäki, 2008). Den manglande/vesle kunnskapen gjeld som forfattarane (ibid) seier, både situasjonen for dei eldre med misbruksproblematikk, og for personalet som mange gongar har både fysisk og psykisk særskilte arbeidssituasjonar. Vidare vil eg no syne til Rachel Herring og Betsy Thom si britiske forskning på koplinga mellom heimeteneste, eldre og rus. Lesaren vil sjå at ein kan kjenne igjen tematikkar og funn frå dei svenske studia.

The role of home carers: Findings from a study of alcohol and older people

Herring og Thom (1998) syner til at verken heimehjelper eller alkoholmisbruk blant eldre, ofte vert gjort til gjenstand for forskning. Heimehjelpene som yrkesgruppe er ikkje ein eigen profesjon, dei er utan formell kompetanse eller kvalifikasjonar, og dei har ikkje ein karrierestruktur. Herring og Thom meiner at funna frå studien syner at heimehjelpene er vel plasserte både i forhold til å identifisere og intervenere i forhold til brukarar sin problematiske rusbruk, men at dei møter ei rekkje barrierar i forhold til å oppdaga desse aspekta ved arbeidet deira. Desse barrierane omtalar Herring og Thom (ibid) som til dømes mangel på klare retningslinjer og mangel på trening og inadekvate support- struktura. I tillegg nemner forfattarane (ibid) at informantane synte manglande engasjement i forhold til rustematikken.

The role of home carers: Findings from a study of alcohol and older people (Rachel Herring og Betsy Thom, 1998) er ein artikkel skriven på bakgrunn av studien av heimehjelper si rolle i å identifisere og intervenere i forhold til alkoholmisbruk hjå eldre menneske. Tema i studien var policy i forhold til alkoholmisbruk, heimehjelper si forståing av fenomenet alkoholmisbruk, heimehjelper sine tankar om kvifor eldre menneske misbruker alkohol, kva heimehjelpene tenkjer om kva som er signal på alkoholmisbruk og kva intervensjonar dei nyttar i høve alkoholmisbruk sine overordna tematikkar. Studien vart sett i gang av The

mental health foundation i Storbritannia, og det er nytta både intervju, spørjeskjema, fokusgrupper og dokumentanalyse. Heimehjelpene er i fokus, og i denne artikkelen er problemstillinga kring det å kjøpe alkohol eller ikkje, eit dominerande tema.

Mange av heimehjelpene i studien følte seg ukvalifiserte i det å intervenere i forhold til alkohol og alkoholrelaterte problem blant deira eldre brukarar. Ingen av dei hadde motteke særskild informasjon eller kunnskap på område, og såleis var det ikkje overraskande at dei hadde sær avgrrensa kunnskap. Heimehjelpene uttrykte ei mangfaldig forståing, frå ytterpunktet om at eldre ikkje bør drikke i det heile, til det andre ytterpunktet, at eldre bør være fri til å drikke så mykje og ofte som dei vil. Omgrepa *rettigheter* og *risiko* var sentrale i den samanhengen. Risiko for fall, sjukdom og andre ulykker var argument som gjekk igjen i forhold til eldre og alkohol, likeeins som dei var opptekne av at dei eldre har rett til å velje livsstil sjølv og at ein dermed legitimerte den eldre alkoholmisbruk.

Mange av heimehjelpene ga uttrykk for, og synte haldningar om, at det ikkje var verdt å intervenere i forhold til problematisk rusmisbruk blant eldre. Grunngevingar i forhold til dette synspunktet, var at *"Ho har ikkje mange år igjen"*, *"det er den einaste gleda han har"*, og speglar kanskje meir generelle handlingar til den eldre befolkninga (Herring og Thom, 1998). Henwood (1991) her referert i Herring og Thom (ibid) har argumentert med at i relasjon til helse og omsorg, er eldre offer for restriktive førestillingar om livskvalitet. Dette kan innebære at eldre menneske mottok mindre enn optimal omsorg og behandling.

I den andre artikkelen Herring og Thom har skrive, *Alcohol misuse in older people: the role of home carers* (1997), vert det også diskutert om heimetenesta si potensielle rolle i å avdekke og respondere i forhold til eldre brukarar med rusproblem. Forfattarane (ibid) meiner at heimetenesta sine tilsette er i ein slik posisjon til dei eldre at dei kunne vere ein kapasitet i forhold til rusførebyggjande og intervenserande behandling. Men forfattarane poengterer sjølvstilt at det er ei rekkje føresetnader som må vere tilstades for at dette skal fungere.

For det første vert det synt til nødvendigheita av å utvide forståinga av kva rolle alkoholen spelar i den eldre sitt liv. Rusmisbruk kan medføre ulik åtferd, og kunnskapen om dobbeltdiagnoseproblematikk må også gjerast tilgjengeleg for dei tilsette (ibid). For det andre viser forskning at tilsette i helse- og sosialsektoren verken er særleg bekymra for eller interessert i alkoholmisbruk blant deira eldste brukarar. Vidare vert nødvendigheita av tverrfagleg samarbeid trekt fram som ein føresetnad for at heimetenesta skal kunne vere ein ressurs i å identifisere og handle overfor eldre sitt rusmisbruk. Likeeins vil det å ha eit klart

definert ansvarsområde vere viktig for dei ulike verksemdene. Dette kan redusere faren for ansvarsfråskrivning. Sist men ikkje minst poengterer forfattarane (Herring og Thom, 1997a) viktigheita av å definere rollene til heimetenesta sine tilsette tydelegare.

Dette er såleis forskingsstudia eg kjem til å vise til i mitt prosjekt. Funn og drøftingar knytt til studia har sjølvstendig vore med å farge mi forforståing av tematikken eldre og rus kopla til heimetenestene. Studia syner at det er mangel på konkrete retningslinjer, organisering og kunnskap knytt til tematikken eldre og rus. Såleis vil den einskilde yrkesutøvar sin personlege kompetanse og haldningar til eldre vere retningsgivande både for forståing og handling i høve dei eldre brukarane. I tillegg vil rådande normer, politikk og eldrebilete også vere retningsgivande for aktørane i heimetenesta sitt arbeid. Prosjektet mitt omhandlar tilsette i heimetenesta sine erfaringar med, og praksis overfor, eldre brukarar som er rusmisbrukarar. Eg har presentert forskning knytt direkte til tematikken, men vil også kort presentere forskning som omhandlar heimetenesta som organisasjon, samt nokre aspekt ved eldreomsorgsforskning i Norden.

Når det gjeld heimetenesta som organisasjon ynskjer eg å kort presentere sosiologen Mia Vabø si doktorgradsavhandling; *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid* (NOVA rapport 22/07). NOVA rapporten har vore ei nyttig kjelde når det gjeld å få kunnskap om korleis heimetenesta er organisert og oppbygd. Eg synest denne kunnskapen ga meg verdifulle kunnskapsoversikter som eg kunne nytte i utforming av intervjuguide og i samband med det å stille oppfylgjande spørsmål i høve ulike tema. I tillegg har rapporten vore nyttig i forhold til analyse undervegs i prosjektarbeidet.

Avhandlinga er basert på to sjølvstendige forskingsprosjekt. Det første prosjektet i 1994 retta søkjelyset mot heimetenesta si daglege organisering og tildelingspraksis. Vabø (ibid:3) fortel at møte med heimetenesta sine tilsette og hjelpemottakarar gav henne innblikk i eit yrkesliv og eit velferdsgode, men også i ei fasinierende arbeids og organisasjonsform. I 1999 byrja Vabø neste prosjekt i forhold til heimetenesta. Denne gangen var det interesse for at tenesta i aukande grad vart forstått og problematisert i lys av modellar og omgrep henta frå marknads og bedriftsliv som låg bak. Dei to arbeida er slått saman i rapporten, og Vabø sitt ynskje var å samle framstillinga som syner korleis den organisasjons og styringslogikk som prega heimetenesta anno 1994, få år seinare vart utfordra av styringsidear som bar bod om radikale endringar (ibid).

I tillegg har eg også nytta Nordiska ministerrådet sin systematiske oversikt over nordisk eldreomsorgsforskning; *Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt.*, for å orientere meg meir om kva forskning som har vore gjort i Norden når det gjeld omsorgsforskning. Som ein syner til i rapporten, har eldreomsorg ein sentral plass i den nordiske velferdsmodellen. I denne oversikta over nordisk forskning vert det analysert kva ein forskar på, og kva ein ikkje forskar på, med kva slags metodar ein forskar, kvar forskinga føregjeng, og forskingsresultata. I omverda sine auge vert den nordiske eldreomsorga karakterisert som ein velutbygd offentlig verksemd av god kvalitet, er tilgjengeleg for alle medborgarar etter behov, snarare enn etter den einskilde sin økonomi. Sjølvstendige kommunar og omfattande kommunal heimeteneste vert betrakta som spesifikt nordiske fenomen. Rapporten har gitt meg nyttig informasjon i forhold til samfunnsvitenskapleg og humanistisk forskning om eldreomsorg i vid forstand. Eg har konsentrert meg om å gjere meg nytte av den delen som omhandlar den offentlege velferdstenesta som omsorgsinstans, då det er denne som er relevant for mi studie. Eg har ikkje nytta oversikta som referanse eller kjelde i sjølve oppgåva, men som eit bidrag til å orientere seg på dette forskingsfeltet.

Kap. 4. Teoretiske perspektiv

I studien har eg valt å nytte ei kvalitativ metode, og eg har intervjuet ti menneske om deira erfaringar og praksis overfor eldre brukarar som er rusmisbrukarar. Såleis er menneskeleg meining og forståing sentrale moment i det å produsere ny kunnskap. Som forskar vil eg fortolke det som informantane har fortalt meg, og relasjonen mellom meg som forskar og informantane er såleis medskapar av kunnskapen. Såleis vert det sentralt å ha kunnskap om hermeneutikken sine kjenneteikn og implikasjonar for samfunnsvitenskapleg forskning. Difor gjer eg først kort greie for kjenneteikn ved denne retninga, før eg presenterer sentrale teoretiske perspektiv og omgrep som har vore førande for analysearbeid og drøfting.

Hermeneutikk: forståing og meining

Som Gilje og Grimen (2007:142) seier, er vi innforstått med at ei rekkje fenomen uttrykkjer ei meining eller har ei betyding. Omgrepet meining vert brukt om menneskelege aktivitetar, og

om resultatet av menneskelege aktivitetar og også om føresetnadane for aktivitetar (t.d. normer, reglar, ressursar, kontekstar). Gilje og Grimen (2007:142) poengterer at det er karakteristisk for meiningsfulle fenomen at dei må fortolkast for å kunne forståast. Som sosiale aktørar driv vi heile tida med fortolking for å kunne samhandle med andre aktørar. I eit prosjekt med kvalitative metodar nyttar forskaren både beskrivingar og tolking. Det er ikkje mogleg å bruke det eine utan å bruke det andre (Malterud, 2008:50). Dette har sin bakgrunn i at ei kvar beskriving er farga av tolking, og ei kvar tolking byggjer på beskriving. Dei kvalitative metodane høyrer såleis til i ein hermeneutisk erkjenningstradisjon, som handlar om tolking av mening i menneskelege uttrykk (ibid). Kvale og Brinkmann (2009:218) syner til at i Gadammers tradisjon vert det ettertrykkelig avvist at hermeneutikk er ei metode, og at ein heller må forstå det som ei av mennesket sine fundamentale former for eksistens.

Når ein skal fortolke og forstå menneskelege fenomen møter ein på ei rekkje utfordringar som er viktig å vere merksame på. Menneske har oppfatningar om sin eigen identitet, om kven dei sjølve er, og kven dei ynskjer å vere. Eigne og andre sine oppfatningar av kven dei er, bestemmer difor ofte kven dei er (Gilje og Grimen, 2007:145). Vidare vil dei også ha oppfatningar om korleis samfunnet er eller bør vere. Dette inneber at samfunnsforskaren må fortolke og forstå noko som allereie er fortolka av dei sosiale aktørane sjølve. Giddens kallar dette for den doble hermeneutikk (ibid:146). Samfunnsvitskapen kan difor ikkje sjå bort frå dei sosiale aktørane sine beskrivingar og oppfatningar av seg sjølv og samfunnet dei er del av. På den andre sida skal samfunnsforskaren drive forskning, og må rekonstruere dei sosiale aktørane sine fortolkingar innafor eit samfunnsvitskapleg språk, ved hjelp av teoretiske omgrep (ibid). Utfordringa ligg i det å integrere aktørens *erfaringsnære* omgrep og beskrivingar, og dei samfunnsvitskaplege teoriane sine *erfaringsfjerne* omgrep og beskrivingar.

Ein viktig grunntanke i hermeneutikken er at vi alltid forstår noko på grunnlag av visse føresetnader (Gilje og Grimen, 2007:148). Vi møter aldri verda føresetnadslaust. Vi har ein bakgrunn som vi ser ting utifrå. Slike føresetnader vert gjerne kalla forforståing eller fordommar, omgrep henta frå Hans Georg Gadamer (ibid). Forforståing er ein naudsynt føresetnad for at forståing skal vere mogleg, vi møter aldri verda nakent! Det er ikkje mogleg å forstå noko utan eit eller anna utgangspunkt eller idear om kva vi skal sjå etter.

Forbindelsane mellom det vi skal fortolke, forforståinga vår og den samanhengen det må fortolkast i, kan sjåast gjennom det som vert kalla den hermeneutiske sirkel/spiral (ibid:153).

Dette inneber at all fortolking føregjeng i stadige rørsler mellom heilskap og delar, mellom det vi skal fortolke og den kontekst det vert fortolka i, eller mellom det vi skal fortolke, og vår eigen forforståing (Gilje og Grimen, 2007:148). Korleis delen skal fortolkast avheng av korleis heilskapen vert fortolka og korleis heilskapen skal fortolkast avheng av korleis delane vert fortolka. Korleis fenomenet skal fortolkast er avhengig av korleis konteksten vert fortolka og omvendt. Det handlar om forklaringsamanhengar (ibid), og den hermeneutiske sirkel/spiral seier noko om korleis fortolkingar av meiningsfulle fenomen kan og må begrunnast.

Det å fortolke er som Gilje og Grimen (2007:162) skriv, i stor grad basert på personleg utøving av skjønn, erfaring og dømmekraft. Fortolking er difor, på same måte som vitskapleg teorian innanfor andre område, alltid prinsipielt usikre; Dei er alltid prinsipielt reviderbare i lys av ny informasjon. Difor er det sær viktig at forskaren reflekterer over korleis han eller ho har gått fram i kunnskapsproduksjonen. Dette vil også ha store implikasjonar på vurdering av validitet, reliabilitet og overførbarheit av kunnskapen.

Sentrale teoretiske perspektiv i analysen

I seinare kapittel i oppgåva drøftar og analyserar eg ulike aspekt ved empirien som vert presentert. Eg har teke utgangspunkt i tilsette i heimetenesta sine erfaringar og praksis overfor eldre brukarar som er rusmisbrukarar, og har såleis eit fokus på desse aktørane sine forteljingar. Når ein skal forklare og forstå erfaringar og praksis informantane fortel om, kan ein velje mellom fleire ulike perspektiv å forklare samanhengar utifrå. Aakvaag (2008:30) syner til det han kallar aktør/struktur problemet, spørsmålet om kva som har kausal forrang i samfunnslivet. Er det aktøren eller strukturen som er den første beveger i samfunnet? Problemet vart introdusert av Parsons, og er det problemet som har oppteke sosiologar mest i etterkrigstida (ibid). Nokon teorian tek det vi kunne kalle eit ovanfrå og ned standpunkt i denne debatten, og hevdar at overindividuelle strukturar styrer aktørane sine handlingar, også kalla metodologisk kollektivism. Andre teorian tek ein nedanfrå- og opp ståstad og hevdar at aktøren handlar fritt, og at sosiale strukturar i den grad dei eksisterar, alltid vil vere produkt av sjølvstendige aktørar sine handlingar, altså det ein kallar metodologisk individualisme (ibid). Ein tredje posisjon er i følgje Aakvaag (ibid) eit forsøk på å formidle mellom dei to posisjonane ved å hevde at aktør og struktur er gjensidig avhengige av kvarandre, og at påverknad går begge vegar.

Å analysere heimetenesta sin praksis overfor eldre kan gjerast både utifrå eit struktur, aktør eller mellomposisjonsnivå. Eg har gjort eit val om å nytte Michael Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet og handlingsteori som teoretiske perspektiv i oppgåva. Tilsette i heimetenesta kan plasserast innan det som vert kalla menneskebehandlande organisasjonar, og dette inneber at dei er aktørar i profesjonelle byråkrati som har tette band til omgivnadane gjennom direkte relasjonar til klientar, pasientar, elevar og liknande (Svensson, 2008:135). Lipsky sin teori omhandlar organisatoriske og byråkratiske faktorar som påverkar einskildaktørane, og også aktøren sin handlefridom basert på stor grad av skjønnsutøving. Teorien syner difor merksemd både til strukturelle og individuelle føresetnader for praksis.

Det er såleis samspelet mellom individuelle faktorar og organisasjonsforhold som vert del av analysen. Ved sida av Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet og handlingsteori, ynskjer eg å trekkje inn omgrepa omsorg og autonomi i drøftinga, fordi eg tenkjer at desse aspekta er sentrale i heimetenesta sin relasjon til brukarane. Korleis påverkar brukars rusmisbruk desse viktige aspekta i forhold til det å arbeide med menneske. Korleis kan bakkebyråkratens føresetnader for å yte den eldre omsorg og pleie verte påverka av organisatoriske, byråkratiske og handlingsteoretiske aspekt?. Eg trekkjer ikkje inn desse omgrepa fordi eg meiner at informantane mine har gitt uttrykk for at dei ikkje klarer å ivareta desse viktige momenta, men fordi eg tenkjer det er særskild viktige aspekt å ivareta, kanskje spesielt overfor dei mest sårbare av dei eldre brukarane. Vi kan alle setje oss inn i korleis det kan opplevast å kome inn i ein heim der brukar er overstadig rusa , uttissa og utspydd. Ein vert kanskje verbalt angripen og skulda for å ha stole medikament frå vedkomande. Korleis kan ein klare å gi same omsorga til denne personen, som til den eldre, fåmælte kvinna som sitt i stolen sin og strikkar? Eller kva perspektiv får den tilsette i heimetenesta på brukaren, dersom den neste på lista er eit barn med ei sterk funksjonshemming?

Heimetenesta har mange brukargrupper, og alle har same retten til ein god omsorg og pleie. Gjennom å analysere og drøfte aktuell empiri med utgangspunkt i nokre av Lipsky sine kjernepunkt i teorien om bakkebyråkratiet, handlingsteori, og gjennom å drøfte aspekt ved denne teorien opp mot omgrep som omsorg og autonomi, vonar eg å styrke forståing av viktige utfordringa som dei tilsette i heimetenesta står overfor, og gi moglege forklaringar på kvifor praksis er som den er. Vonleg kan det gi ny og auka forståing for ei yrkesgruppe sine arbeidsvilkår, og eg vonar også at det kan få auga opp for ei gruppe eldre som hittil har vore unnateke både rus- og eldredebattar. Men no, først meir om dei organisasjonsmessige

rammene for bakkebyråkraten, og deretter presentasjon av kjenneteikn ved bakkebyråkraten og bakkebyråkratiet.

Organisatoriske rammer

Heimetenesta høyrer inn under ein offentleg organisasjon som vert sett på som multifunksjonell. Dette inneber at dei skal ivareta delvis motstridande omsyn som politisk styring, kontroll, representasjon og deltaking frå berørte partar, medbestemmelse frå dei tilsette, lydhørheit overfor brukarar, openheit, offentlegheit og innsyn i beslutningsprosessane, forutsigbarheit, likebehandling, nøytralitet, tenestekvalitet, fagleg uavhengigheit, politisk lojalitet og kostnadseffektivitet (Christensen, Læg Reid, Roness og Røvik, 2007:17).

Rammene for helse- og sosialarbeidarar si yrkesutøving kan kallast eit velferdsbyråkrati (Solheim og Øvrelid, 2002:42). Det er eit felles namn på organisasjonar som tilsette i helse- og sosialtenesta arbeider innafor. Organiseringa i dei einskilde etatane kan vere ulike, men alle har det til felles at dei er organiserte på ein måte som har meir eller mindre byråkratiske trekk. Vidare er det ein større eller mindre del av dei tilsette i organisasjonen som har direkte kontakt med brukarane av tenestene (ibid:42). Ein skil gjerne mellom den klassiske byråkratimodellen og det som vert kalla velferdsbyråkratiet. Som forfattarane (ibid) syner til, går assosiasjonane raskt til Weber sin klassiske byråkratimodell. Den er m.a. kjenneteikna av hierarkisk oppbygging, formalisert arbeidsdeling og spesialisering. Vidare går kommunikasjon og informasjonsflyt føre seg ovanfrå og nedover i organisasjonen (ibid). Ei viktig målsetjing innanfor denne modellen, er at alle skal behandlast likt, saksbehandlinga skal vere skriftleg og følgje nedteikna reglar og instruksar. Vidare skal saksbehandlar ha ei kjenslemessig nøytral haldning til brukar (Solheim og Øvrelid, 2002:42). Den klassiske byråkratimodellen er ein idealtypisk modell, og har i vår tid ein dårleg klang i mange sine øyre. Rigiditet, det å opptre upersonleg, fragmentert saksbehandling og lang ventetid vert rekna som negative trekk ved modellen.

Dagens velferdsorganisasjonar har tilpassa byråkratiet til nye krav og utfordringar (Solheim og Øvrelid, 2002:43). Medan det klassiske byråkratiet hadde som sine fremste mål å sikre likebehandling, er det i dag fokus på andre målsetningar. Fokus rettast mot auka effektivitet og produktivitet, samstundes som brukarperspektivet og brukarmedverknad også er sentrale

målsetjingar (Solheim og Øvrelid, 2002:43). Eit tredje moment er målsetjing om høgast mogleg kvalitet på tenestene. Dette stiller krav til yrkesutøvarane sin profesjonelle kompetanse. Reglar og rundskriv gir retningsliner for saksbehandling, men dei tilsette må likevel anvende stor grad av skjønnsutøving. Dette kan koplant til Lipsky og teorien om bakkebyråkratiet. Kva kjenneteiknar denne teorien , og korleis trekkje kopling til tilsette i heimetenesta sine erfaringar og praksis?

The street level bureaucracy

Lipsky presenterte sin teori i 1980, i ei periode som frå ca 1980 til i dag vert kalla synteseperioden i sosiologisk teori (Aakvaag, 2008:37). Dei viktigaste synteseforsøka vart gjort av Anthony Giddens, Jurgen Habermas og Pierre Bourdieu (ibid). Det kan vel diskuteras om kva rolle Lipsky har i den samanheng, men eg tenkjer at teorien vil vere påverka av denne såkalla synteseperioden. Eg opplever at Lipsky sin teori gir meg interessante teoretisk og analytiske rammer for å forstå, men også sjå samanhengar mellom politiske føringar både i forhold til eldre og rus, mine informantar sine forteljingar og eldre brukarar som slit med rusmisbruk i sin kvardag.

Lipsky har ei oppfatning om at ein altfor ofte er opptekne av korleis strukturelle føringar styrer aktørane si yrkesutøving. Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet omhandlar einskildaktørane si rolle i offentlig verksemd. Dette er som Lipsky syner til, aktørar som lærarar, politi, helsearbeidarar, sosialarbeidarar og liknande. Desse yrkesgruppene samhandlar direkte med, og har stor grad av skjønnsutøving i å utøve, tildele tenester eller gi sanksjonar til kommunens innbyggjarar (Lipsky, 1980:xi). Tilsette i offentleg verksemd som samhandlar direkte med innbyggjarane i kraft av sitt embete, er såkalla bakkebyråkratar, medan den offentlege verksemda som sysselset dei, vert kalla for bakkebyråkrati (Lipsky, 1980:3). Lipsky meiner at dei ulike yrkesgruppene i offentleg verksemd har mykje til felles fordi dei opplever liknande arbeidsforhold. Dei måtane bakkebyråkratane delar ut eller sanksjonerar tenester på, strukturerar og avgrensar menneske sine liv og moglegheiter (Lipsky, 1980:4). Framgangsmåtane bakkebyråkratane veljer, vil vidare vere med å styre sosiale og politisk kontekstar aktørane befinn seg i. Lipsky meiner at bakkebyråkraten er med å forme og påverke den endelege utøvande politikken. Ein kan såleis sjå likskap med Giddens sin strukturasjonsteori. Strukturasjonsteorien sin kjerne, er at aktørane sin fridom, sjølvstende, kreativitet og fornuft avheng av å trekkje på overindividuelle sosiale strukturar som fungerer

som moglegheitsbetingingar for deira handlingar (Aakvaag, 2008:131). Det vil med andre ord innebære at sosiale strukturar i form av eit korpus av overindividuelle reglar og ressursar, set aktørane i stand til å delta på ein kompetent måte i samfunnslivet. Strukturane vil på si side, eksistere berre gjennom å bli anvendt av og der igjennom bli reprodusert av handlande aktørar.

Som forvaltarar av offentlege gode og som portvakt av offentlig gode, står bakkebyråkratane i fokus for politisk strid (Lipsky, 1980:4). Dei er som Lipsky seier, heile tida i eit krysspess mellom brukarane sine behov og byråkratiets mål og verdiar. Bakkebyråkratane lever difor med at det ofte er motstridande forventningar til dei frå leiing og brukar, noko som inneber at det er innbygd ei rollekonflikt i yrkesrolla. Skal ein vere lojal mot administratorane og statlege direktiv, eller prioritere brukars ynskjer og behov? Det vert vanskeleg å tilfredsstille begge partar samstundes. Dette kan til dømes handle om at administrasjonen av tenestetilbodet har mål og forventningar om at dei tilsette er effektive og får ting gjort raskt, medan brukar på si side har ynskje og forventningar om at hjelparen gir seg god tid og lyttar til vedkomande. Verdiar om å sjå den einskilde som unik vert ståande i motsetnad til det å utvikle universelle og effektive tenestetilbod.

Stor grad av skjønnsutøving og relativ autonomi

Lipsky presenterer to *hovudkjenneteikn* ved bakkebyråkraten, og det er stor grad av *skjønnsutøving* og *relativ autonomi* (Lipsky, 1980:13). Som vi alle kjenner til, er mange politiske avgjersler vage og rundt formulert, og samstundes er lovverket utforma slik at det skal vere rom for vurderingar frå situasjon til situasjon. Det er ikkje råd å lage lover og reglar som kan famne om alle, så lenge ein har med menneske å gjere. Profesjonelt arbeid vert ofte beskrive som skjønnsbasert (Grimen og Molander, 2008:179). Bakkebyråkraten må anvende generell kunnskap, nedfelt i handlingsreglar, på einskildtilfelle (ibid). Ein stor del av yrkesutøvinga er tufta på aktørens evne til nettopp å gjere skjønnsvurderingar i ansikt til ansikt relasjonar med brukarane. Det kan handle om politimannens vurdering av arrest eller ikkje, lærars karaktervurderingar eller heimesjukepleiarens forståing av hjelpebehov hjå ein brukar. Når ein har med menneske å gjere kan ein ikkje ha fastlagde lover og reglar for ein kvar situasjon, og må difor gjere avgjersler tufta på egne vurderingar. Men dette vil som Lipsky seier, ikkje innebære at bakkebyråkraten kan gjere nett som han eller ho vil. Lover, reguleringar og direktiv ovanifrå vil vere styrande for den einskilde aktør si yrkesutøving, i

likskap med yrkesetiske retningslinjer og sosialisering inn i ulike profesjonar. Vidare vil stønadsnivå og ulike kvalifiseringskrav vere viktige retningslinjer når ein skal vurdere tildeling av tenester eller økonomisk stønad. Lipsky syner til at den store skjønnsutøvinga er ei sjølvfølgje for profesjonsutdanna yrkesgrupper, men at også dei med lågare/ingen utdanning, som til dømes heimehjelper, utøvar relativt stor grad av skjønn (Lipsky, 1980:14). Lipsky minner også om at nokre reglar faktisk kan vere til hinder for å få gjort jobben, og at bakkebyråkratane difor snur og vender på lover og reglar rett og slett for å få gjort jobben sin.

Det er ikkje berre lover og reglar i det offentlege byråkratiet som gjer at aktørane må utøve stor grad av skjønn. Det handlar også om at mange av brukargruppene i kommunane, har komplekse og omfattande hjelpebehov (ibid:15). Såleis må ein anvende ulike lover og reglar som kanskje ikkje alltid er lette å forene. Kanskje må ein også, på bakgrunn av avgrensa tid og ressursar, velje å satse på nokre område, som til dømes økonomisk stønad og tak over hovudet, og kanskje måtte utsette den sårt tiltrengte behandlinga av eit rusproblem. Bakkebyråkraten må gjere val som kan ha store implikasjonar for brukars ve og vel.

Bakkebyråkraten er politikkenes forlengande og utøvande arm i direkte kontakt med brukarar/klientar, og arbeidssituasjon vil difor svært ofte krevje merksemd på menneskelege dimensjonar i mange og ulike situasjonar. Retningslinjer og kriterium for ulike gode og handlingar må verte vurderte utifrå skjønn, fordi dei ikkje passar inn i byråkratiske vedtak, lover og reglar (ibid). Møtet med brukaren vil ofte arte seg annleis enn oppgåvedefinisjonen i eit dokument. Det vil handle om å måtte handtere det umiddelbare i her og no situasjonar, ansikt til ansikt med brukar. Ein kan forstå at både etiske og moralske aspekt kan verte utfordrande for den einskilde bakkebyråkrat.

Det andre hovudkjenneteiknet Lipsky trekkjer fram, er at bakkebyråkraten er kjenneteikna ved å ha ein relativ autonomi. Lipsky syner til at dei fleste analytikarane tek det for gitt at tilsette på lågare offentlege nivå er konforme med kva som vert forventa av dei (Lipsky, 1980:16). Men Lipsky meiner at bakkebyråkratane ofte ikkje deler perspektiva og preferansane som beslutningstakarane på høgare nivå har fatta.

Arbeidsvilkår i bakkebyråkratiet

Lipsky syner til at bakkebyråkratiet stadig er kritisert for deira manglande evne til gi adekvat og hensiktsmessig sørvis (Lipsky, 1980:27). Han meiner at mange som søker hjelp i

”omsorgsbyråkratia” har opplevd ei umenneskeleg behandling. Vi har vel alle lest om brukarar av t.d. NAV, som meiner dei vert dårleg behandla. Gjennom Lipsky sin teori kan ein tenkje seg at forklaringa på dette kan vere at dei tilsette slit med eit regelverk som gjer det vanskeleg å tilpasse den einskilde brukar. Skjønnsvurderingar vil vere individuelt avhengig av den einskilde hjelparen og resultatet kan bli at ein ikkje klarer å hjelpe brukaren slik at han eller ho føler seg godt hjelpte.

Per definisjon er bakkebyråkratane sitt arbeid kjenneteikna med relativt høg bruk av skjønnsutøving og jamleg kontakt med innbyggjarane. Vanlegvis opplever dei også følgjande forhold i arbeidet sitt; ressursar står ikkje i forhold til arbeidsmengda, etterspørselen etter tenester har en tendens til å auke for å møte tilbodet, måla for verksemda har tendens til å vere ambisiøse, vage og konfliktfulle, og difor vanskeleg om ikkje umogleg å nå, og klientane eller brukarane er ofte ufrivillig kome inn i klient eller brukarrolla. Alle desse faktorane er med å komplisere bakkebyråkraten sitt arbeid. Først litt meir om dei knappe ressursane.

Knappe ressursar

Som Lipsky (1980:29) seier, vert mange byråkratiske avgjersler tekne under forhold kjenneteikna av avgrensa tid og informasjon. Beslutningstakarar er typisk sett styrte av kostnadene ved å hente inn informasjon i forhold til kva ressursar dei har, og ved vanskeleg tilgjengeleg informasjon er det lett for å avgrense informasjonssøk. Bakkebyråkratane arbeider med ei høg grad av usikkerheit på bakgrunn av klientane eller brukarane sine komplekse situasjonar, og må også møte krav om hurtige avgjersler i ulike saker og situasjonar (ibid:29). Mange hendingar opptre og klientar eller brukarar treng hjelp her og no. Som bakkebyråkrat er ein plassert slik at brukar eller klient kan oppsøkje etaten direkte. I 2.linja krevjast det henvisning og ein avtalar og har tid til å setje seg inn i saker og situasjonar på ein heilt annan måte. Som bakkebyråkrat er det mest av dei umiddelbare situasjonane, i møte med elevar, sosialklientar, eldre eller kriminelle. Ofte vil ein ikkje ha tid eller ressursar til å skaffe fylldig informasjon. Lipsky viser til at bakkebyråkraten er kjenneteikna med store saksmengder, hyppig møteverksemd, stort ansvar og alt for lite tid til å overveie alternative val og handlingar (Lipsky, 1980:29). Lipsky minner vidare om at dei faktiske talla vert mindre viktig enn det faktum at de vanlegvis ikkje kan tilfredsstillе ansvarsmandatet sitt med slike saksmengder.

Ressursar behøver ikkje berre å handle om tid eller økonomi, men kan også handle om mangel på kunnskap og erfaring (Lipsky, 1980:29). Dersom ein til dømes som hjelper i eldreomsorga ikkje har kunnskap om ein sjukdom, rusproblematikk eller diabetes, kan det medføre ubehag ved å føle at ein ikkje forstår eller kan hjelpe den eldre. Læraren som ikkje klarer å hanskast med den urolege klassa, kan også få kjensla av å ikkje meistre jobben sin. Det kan også til dømes handle om det å mangle kunnskap om rus når ein arbeider med rusklientar. Mangel på kunnskap og erfaring kan gi bakkebyråkraten kjensla av å vere utilstrekkeleg i sitt embete, til tross for at det kanskje er organisatoriske/planmessige eller administrative ledd i byråkratiet som eigentleg har svikta eller er mangelfulle. Som Lipsky (ibid) seier, er det uansett nokre mål som ikkje er moglege å nå fordi dei er alt for ambisiøse i forhold til kva som er reelt.

Frå leiinga si side vert bakkebyråkratane sett på som ressurseiningar som skal løyse oppgåver (Lipsky, 1980:31). Men på grunn av oppgåvene sin natur opplever arbeidarane arbeidssituasjonen som einskildindivid. Ein gjer som regel arbeidet åleine, ikkje som ei gruppe, og opplever difor arbeidspress og utilstrekkelegheit, ikkje som eit organisatorisk men *personleg* problem. Vidare vil eg no gjere greie for aspekt ved dei tvetydige måla som kjenneteiknar bakkebyråkratiet.

Tvetydige mål

Bakkebyråkratane jobbar som tidlegare nemnt med konfliktfylte og ambisiøse mål. Mål i offentleg verksemd har også tendens til å vere formulerte i idealiserte dimensjonar som gjer dei vanskelege å oppnå, men også forvirrande og kompliserte å nærme seg (Lipsky, 1980:40). Dette kan vere visjonar eller såkalla offentlege mål som kan gi breie rammer for offentlege organisasjonar sine aktivitetar. Vidare er det eit kjenneteikn ved bakkebyråkratiet, at det er konflikt mellom klientorienterte mål og organisatoriske mål. Det fundamentale spørsmålet for bakkebyråkraten vil vere korleis han eller ho skal tilby individuell tilpassing til flest mogleg på ein effektiv måte. Mange mål inneheld setningar knytt til individuell meistring, tilpassing eller individuelle behov.. Når ein har mange klientar eller brukarar som skal få tenester tufta på dette, kan det oppstå eit prioriterings og ressursproblem. Kven og kva skal ein prioritere? Ein ser at bakkebyråkraten kan verte nøydd til å prioritere nokre aspekt og klient/brukargrupper framfor andre. Lipsky ser på spriket mellom ressursar og velferdsmål som eit kronisk trekk ved dei sosiale velferdstenestene.

Om ufrivillige klientar

Mange av klientane/ brukarane i bakkebyråkratiet er ufrivillige (Lipsky, 1980:54). Som Lipsky peikar på, kan dette ha si forklaring i at det offentlege tilbyr tenester som innbyggjarane ikkje kan få andre stadar. Offentleg verksemd kan ha monopol på visse tenester, og klientane eller brukarane får ikkje tak i tenestene på andre måtar, eller dei har ikkje ein klar tilgang til dei. Lipsky brukar trygdemottakarane som eit eksempel på personar som på ein måte er ufrivillege eller lite lystne på å søkje om stønad, men som knappast er ufrivillege dersom dei ikkje har noko inntektsalternativ. Helsetenester vert mange plassar også tilbodne frå private aktørar, men for mange kan dette vere vanskeleg på grunn av økonomi eller tilgjenge demografisk sett. Lipsky meiner at dess meir fattig klienten/brukaren er, dess større sjanse for å vere ufrivillig klient/brukar i forhold til mange ulike tenester (ibid).

Klienten eller brukaren står trass i denne ufrivilligheita likevel ikkje utan makt i forhold til bakkebyråkraten (Lipsky, 1980:54). Ettersom bakkebyråkraten er tynga av store arbeidsmengder som krev raske avgjersle, kan klient/brukar utgjere ein kostnad ved å leggje beslag på bakkebyråkraten si tid (ibid:58). Komplekse hjelpebehov og menneskelege aspekt som det å ha behov for å spørje om ting, kan gjere at hjelparen bruker meir tid enn det han eigentleg har til rådighet.

Eg har gjort greie for sentrale moment i Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet. Teorien gir oss ein kontekst for å forstå organisatoriske/byråkratiske aspekt ved tilsette i heimetenesta sine vilkår for praksis. Meir aktørorienterte aspekt ved tilsette i heimetenesta kan forståast i lys av handlingsteorien. I vidare presentasjon vil lesaren få eit innblikk i viktige bestanddelar som ligg til grunn for våre handlingar. Kva kjenneteiknar så denne teoriretninga, og kva faktorar er med å styre handlingane våre?

Handlingsteori

Når sosiale problem er vanskeleg å løyse heng det som Kvalsund (2007:141) seier, ofte saman med at det ikkje er fagleg avklara korleis ein skal forstå problemet, og at dei profesjonelle hjelparane ikkje har avklart dei føresetnadane dei byggjer på i det daglege arbeidet. Hjelparen har ein personleg handlingsteori, som subjektivt sett er ein sær viktig forklaringsfaktor for kva praksismønster den profesjonelle hjelparen nyttar (ibid). Kvalsund (ibid:142) syner til at vi har to hovudkategoriar av sosiale handlingar, *behavioristisk* handlingsteori og *fortolkande*

hermeneutisk handlingsteori. Knytt til mi studie vil det vere den siste, fortolkande hermeneutisk handlingsteori, som vil vere interessant i vidare presentasjon og analyse. Sosiale handlingar er åtferd som er meiningsskapande for aktørane, det vil innebere noko meir enn automatiske responsar slik ein tenkjer seg det i behavioristisk teori (Kvalsund, 2007:142). Sosiologen Max Weber har lagt vekt på skiljet mellom to underkategoriar når handling skal fortolkast, målrasjonelle og verdirasjonelle handlingar. Å handle målrasjonelt vil innebere at aktøren medvite vel mellom ulike aktuelle middel som kan føre til nokre bestemte mål, medan dei verdirasjonelle handlingane er styrte av at vi er medvetne bestemte normer og verdiar (Kvalsund, 2007:142).

Sosiale handlingar er nært kopla til dei vi samhandlar med i ein bestemt situasjon, men er samstundes påverka av meir generelle sett av reglar som gjeld på ulike handlingsarenaer, t.d heime hjå ein brukar eller blant kollegaer. Manis og Melzer (1972) her referert i Kvalsund (2007:142) syner til at kollektiv kunnskap blir produsert i symbolsk samhandling med andre, der den sosiale røynda blir fortolka og eventuelt endra. Sosial handling er såleis aktiv tolking og ikkje passiv tilpassing til den sosiale verda. Her kan ein igjen sjå kopling til Giddens sin strukturasjonsteori, der han snakkar om dualiteten mellom aktør og struktur. Ingen aktør utan muliggjerande struktur, og ingen struktur utan aktørar som reproduserar strukturane. Det er viktig å hugse at strukturar eller mønster i sosial handling er menneskeskapte og dermed kan endrast - sjølv om det kan møte motstand. Det er som Kvalsund (ibid:143) seier, i refleksjon over eigne føresetnader at dette kan skje.

Førehandsteorien som vi har vil prege kva oppfatningar vi har om normalitet og avvik, og er truleg den sterkaste faktoren som påverkar praksisen vår. Førehandsteorien er ein personleg og privat handlingsteori skapt av *erfaringane* ein har gjort seg i livet. Såleis vil både oppvekst, livsvilkår og erfaringar danne ein subjektiv bakgrunn for å forstå og handle. Denne førehandsteorien inneheld såkalla erfaringsbasert kunnskap, og kan vere grunnlag for sjølvsgde måtar å handle på, utan at vi kanskje er klar over kvifor vi gjer som vi gjer. Teorien er såleis lite artikulert, og kan koplast til det ein kallar taus kunnskap. I tillegg vil påverking frå media, politikk og tidlegare yrkeserfaring skape det ein kallar for "common sense" teori, til dømes i forhold til kva oppfatning ein har om eldre eller rusmisbrukarar.

Likeeins vil teoribasert kunnskap ha gitt oss omgrep og teoriar å forstå og handle utifrå, som kanskje hevdar nokre perspektiv og verdiar framfor andre. Det vert såleis viktig å vere reflektert over kva grunnlag ein nyttar i sitt møte med andre menneske. Ved sida av

teoribasert og erfaringsbasert kunnskap, vil også den *verdibaserte* handlingsteorien vere ein tredje kategori av kunnskap som den personlege handlingsteorien omfattar (Kvalsund, 2007:144). Denne kunnskapsforma vil hjelpe aktøren å tolke og velje mellom handlingsalternativ i den praktiske arbeidssituasjonen, med andre ord det som *bør* gjerast, og vil styre aktøren i situasjonar der vedkomande må fatte moralske og verdimeslige avgjersler. Eit omgrep som kan vere sentralt når ein snakkar om handlingsteori, er Pierre Bourdieu sitt omgrep habitus. Habitusomgrepet er kjernen i Bourdieu sin handlingsteori og aktørforståing, og ligg til grunn for hans konsepsjon av den handlande aktøren (Aakvaag, 2008:160). Kva ligg i dette omgrepet, og kvifor vert det sentralt i forhold til å forstå og forklare handling?

Habitus

Habitusomgrepet er sentralt i Bourdieu sin handlingsteori og aktørforståing (Aakvaag, 2008:160). Bourdieu definerer habitus som eit integrert system av *varige og kroppsleggjorte disposisjonar* som regulerer korleis vi oppfattar, vurderer og handlar i den fysiske og sosiale verda, og set difor preg på det vi tenkjer, gjer og er (ibid). Habitus er kroppsleggjort og dette forklarar Bourdieu med at væremåte og handlingar ikkje først og fremst er basert på refleksjon og tenking, men på ein førrefleksiv og instinktiv forståing av kva vi må gjere i ein situasjon (ibid). "Vi berre veit" korleis vi skal handtere ein ny situasjon utan at vi treng å tenke oss om. Det at habitus er kroppsleggjort, gjer at vi difor ikkje er medvetne kor prega vi er av vår habitus.

At habitus er kroppsleggjort, gjer den varig og stabil, og habitus kan difor også reknast som *kjernen i ein person sin identitet* (Aakvaag, 2008:160). Habitus vil difor syte for at våre handlingar og væremåtar vert forutsigbare, samanhengande og regelmessige gjennom livet og på tvers av ulike hendingar og situasjonar vi går inn i. Habitus formar såleis vår identitet, og let seg heller ikkje utan vidare endre.

Habitus er i følgje Bourdieu *strukturerande*, idet den verkar mogleggjerande for vår deltaking i sosiale situasjonar (ibid:161). Habitus med sine ibuande ferdigheiter og disposisjonar gjer det mogleg for aktøren å delta i sosiale praksisar på ein kompetent måte. Bourdieu meiner at habitus gir aktørane ein slags praktisk sans, ei evne til å orientere seg på ein fornuftig og sjølvstendig måte i samfunnslivet. Dette sikrar også aktørane slik at dei er i stand til å ta vare på interessene sine på ein kompetent og kreativ måte (ibid).

Habitus er strukturerande, men også *strukturert* i følge Bourdieu (Aakvaag, 2008:160). Med dette meiner han at habitus vert forma gjennom at vi inkorporerer dei sosiale betingane vi veks opp under. Vi kroppsleggjer forventningane det sosiale miljøet stiller til oss, og også koder og reglar vi må kjenne til for å kunne delta i ulike sosiale miljø. Dette medfører også at habitus vert klassespesifikk, idet aktørane har vakse opp i heilt forskjellige miljø, med ulik påverking både i primær og sekundærsosialisering. Dette er eit begrensingsaspekt ved habitus, idet habitus då vil vere eit produkt av objektive sosiale betingingar, og set klassespesifikke avgrensingar for våre handlingar og væremåte (Aakvaag, 2008:161).

Eg har gjort greie for kjenneteikn ved bakkebyråkraten, og såleis trekt inn organisatoriske føresetnader som kan strukturere aktøren i sitt møte med brukar, der omgrep som mål, ressursar og styringslogikk er strukturelle omgrep å begripe med. I tillegg har eg gjennom handlingsteorien synt til meir aktørorienterte omgrep, som handling, kunnskap, forståing og habitus. Til saman kan dette gi meg og lesaren ein balansert kontekst for å forstå heimetenesta sin praksis. Som Gilje og Grimen (1993:191) seier det, er diskusjonen om metodologisk individualisme og kollektivismen eit sentralt vitskapeleg problem, fordi det angår spørsmålet om korleis samfunnsvitskapelege forklaringar skal utformast. Eg ynskjer å trekkje inn begge retningane, fordi eg tenkjer at ein ikkje kan utelukke verken det eine eller det andre. Når ein skal forstå ein praksis beståande av sosiale fenomen vil det alltid vere fleire faktorar som spelar inn.

Strukturelle og aktørorienterte føresetnader er såleis viktige utgangspunkt for å forstå praksis i heimetenesta i denne studien. Kjernen i heimetenesta sitt arbeid er å gi pleie og omsorg overfor brukarane sine. Ein kan ikkje gløyme dette momentet når ein skal snakke om heimetenesta sin praksis. Kva grunnlag har dei tilsette for å gi omsorg overfor brukarane som slit med rusmisbruk? Og korleis greier dei å ivareta viktige ideal i dagens helsevesen når det gjeld å samhandle med brukarane slik at dei er autonome, sjølvbestemmande menneske? Først no litt meir om omgrepet omsorg.

Omsorg

Omsorg handlar om å halde noko av ein annan si skjebne i sine hender - anten det har blitt lagt der som ei aktiv handling frå den andre, eller ein har tilrana og bemektiga seg det frå denne andre (Ruyter og Vetlesen, 2001:18). Omsorg er golvet i mennesket sitt liv; det vi står

på, det vi støttar oss til, det som held oss oppe. Nødvendigheita av eit golv å stå på, bevege seg langs og falle på,- til forskjell frå å falle i gjennom eller under, er ei nødvendighet som melder seg frå vugge til grav. Behovet for omsorg melder seg ubedt (Ruyter og Vetlesen, 2001:18); førut for val, hinsides vår myndigheit, vår autonomi og dermed vår fridom. Omsorg er såleis ikkje fasebetinga, eller noko vi kan leggje bak oss og gjere oss uavhengige av. Omsorg er livsunderstøttande gjennom heile livet (ibid).

I omsorgsprofesjonane har pasienten eller klienten *krav* på omsorg, noko som vil innebere at personalet må gi omsorg uansett kva relasjon ein har til pasienten/klienten som person, det vil seie uavhengig av kva slags kjensler - av sympati eller antipati- som den andre måtte vekkje (Ruyter og Vetlesen, 2001:28). Som forfattarane (ibid) minner om, kan omsorg i betydning av det å ta vare på, - ta hand om, bry seg om, gjere godt for- kunne krevjast i den profesjonelle konteksten, kjærleik kan ikkje krevjast. Wærness (1999:46) er oppteken av å vise at omsorg har mange aspekt ved seg, og ho avgrensar betegninga ”omsorgsarbeid” til dei former for omsorg som vert gitt til beste for ikkje- sjølvhjelpne samfunnsmedlemmer, og som inneber ansvar og forplikting frå omsorgsutøvar si side.

Sidan omsorg handlar om å halde noko av den andre si skjebne i sine hender, vert omsorg eit handlingsområde der mykje også kan gå gale (Ruyter og Vetlesen, 2001:18). Forfattarane (ibid) syner til Knud E. Løgstrup sitt utsegn; *”Noen ganger er det svært lite, andre ganger svært mye, som vi slik holder i våre hender og har makt over”*. Som grunnfenomen kan omsorg såleis forståast som ein respons på mennesket si sårbarheit (ibid). Nettopp det å gi handlingsmessig respons på andre si sårbarheit betyr difor å involvere seg i områder av andre sine liv der mykje kan stå på spel. Som forfattarane (ibid) poengterer vil det å svare på nokon si sårbarheit, å svare der kor dei er mest sårbare, vere spekka av etiske dilemma. Avdekka sårbarheit tvingar ein til å gi ein respons (ibid).

Omsorg menneskeleggjer tilværet, og er like uadskilleleg frå den som tillit (Ruyter og Vetlesen, 2001:18). Likevel vert omsorg tilordna sektorar i samfunnet, omsorg vert delegert, tildelt og fråtatt, ikkje berre mellom personar, men også mellom organisasjonar og institusjonar. Omsorg vert til og med gjort til eit fordelingsgode mellom samfunnet sine mikro og makrostrukturar (ibid). Likeeins vert omsorg profesjonalisert og timebetalt. Omsorg vert også politisert idet ideologiske kastevindar slengjer den fram og tilbake mellom privat, sivil og statleg sektor. Som Vetlesen (2001:36) syner til, er utøvarane av omsorgsprofesjonane

prisgitt utfallet av ein ideologisk strid, fordi utfallet bestemmer dei politiske og økonomiske rammene som profesjonane vert tvinga til å forholde seg til (jmf bakkebyråkratiet).

Det å gi omsorg handlar om å trø over grenser og å ta seg inn på område av ein annan sin eksistens. Å ta imot omsorg er å bli oppsøkt av ein annan, i det heilt eigne og intime (ibid:39). Nordtvedt (2001:41) syner til at profesjonell omsorg har ulike faglege føresetnader, men likevel eit grunnleggjande moralsk siktemål, som kan handle om å lindre, trøste eller hjelpe klientar/brukarar på ulike måtar. Dei moderne omsorgsyrka er heilt sentrale i forvaltninga av det moderne, humane samfunnet (ibid). Nordtvedt (ibid:43) peikar vidare på at moderne profesjonsbasert omsorg skal forene to omsyn som ikkje er så enkle å forene. Det blir forventa at ein skal uttrykkje ein genuin og ekte, personleg omtanke frå hjelpar overfor klient/brukar, samstundes som profesjonell omsorg aldri skal vere så personbunden at den blir blind for naudsynte omsyn til andre klientar sine hjelpebehov (ibid:44). Det å ha ei kjenslemessig distanse til klienten eller brukaren sine problem eller lidingar vert også forventa. Denne spenninga mellom objektiv distanse og personleg nærheit og involvering vert av Nordtvedt (2001:45) kanskje eit av dei mest markante kjenneteikna ved profesjonell omsorg.

Aadnanes (2007:224) er oppteken av temaet som omhandlar empowerment idealet i dagens helsevesen. Som pasient eller brukar er ein på den eine sida avhengig av hjelp, medan ein på den andre sida likevel skal kunne opptre som ein uavhengig brukar av hjelp. Som forfattaren (ibid) seier, kling dette godt, men ein kan også sjå at idealet møter ein del vanskar. Kva med brukarar som kanskje ikkje har kapasitet til å agere sjølvstendig på noko lunde rasjonelt vis? Kva med den gamle alkoholikaren som til tider er så rusa og utsliten at han berre vert liggande i leiligheita si? Kan ein då snakke om myndiggjering og autonome individ? Kva ligg så i omgrepet autonomi?.

Autonomi

Alle humanistiske menneskesyn, profane eller religiøse, har visse fellestrekk. Alle set menneske i sentrum og alle hevdar at mennesket som art, samanlikna med andre artar, har følgjande fundamentale eigenskapar; a) Mennesket er fornuftig (rasjonelt), b) Mennesket har fri vilje (autonomi) og c) Mennesket er potensielt godt (da Silva, 2006:62). Prinsippet om autonomi eller sjølvbestemming har stått sentralt i humanistisk tenking sidan renessansehumanismen på 1400 talet hylla mennesket som individ, via filosofen Immanuel

Kant sine tankar om autonomi og fram til nyare tid si forståing av retten til å bestemme over eige liv (Lingås, 2008:157-158). Kant kopla autonomi til rasjonalitet og såg ein nær forbindelse mellom etikk og praktisk fornuft (da Silva, 2006:62).

Verdien om autonomi kan som Lingås (2008:158) syner til, lett kjennast igjen i moderne menneskerettsprinsipp som informert samtykke i moderne forvaltningsrådgeving, der prinsippet også omfattar retten til ikkje å berre eige sin eigen kropp, men også å eige opplysningar om seg sjølv. Verdien dekkjer også prinsippet om sjølvbestemming over eigen helse og kropp. Dette vil innebere at ein t.d. ikkje kan setje i gang rusbehandling dersom brukar ikkje ynskjer det sjølv. For bakkebyråkraten sitt vedkomande, kan det handle om at ein ikkje kan nekte den eldre brukaren å drikke vin kvar kveld, eller at ein ikkje kan gøyme vekk eller slå ut spritflaskene. Bakkebyråkraten som arbeider i heimetenesta er inne i brukar sin private bustad, og så lenge vedkomande brukar har samtykkekompetanse må ein respektere brukars val i forhold til livsstil.

Verdien om autonomi kan koplast til myndiggjeringstankegangen, og omgrepa sjølvstende, meistring av eigen kvardag, og styring av eige liv av vesentleg betyding (da Silva, 2006:248). I FN si Menneskerettighetserklæring av 10.des. 1948, art. 1 og 3 (her referert i da Silva (ibid) kan ein lese følgjande; ”*Enhver har rett til personlig frihet, og enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv*”. For å kunne gi god omsorg, må personalet la brukaren få nytte denne retten (ibid). Knytt til bakkebyråkraten sitt møte med eldre brukarar som ruser seg, kan eg sjå dilemma og utfordringar dei kan møte i forhold til brukars misbruk.

Kap. 5. Design og metode

I kapitlet vil eg gjere greie for metodiske val og utfordringar. Utgangspunktet for studien var å få ny kunnskap om kommunal heimeteneste sine erfaringar og praksis ovanfor eldre brukarar som misbrukar rusmiddel. Det er tilsette i heimetenesta som har gitt meg innsyn i deira erfaringar på området, det handlar om menneskeleg erfaring og refleksjon og såleis var det naturleg å velje ei kvalitativ metode. Kva kjenneteiknar så denne retninga?

Kvalitativ metode

Kvalitative metodar byggjer som Malterud (2008:50) syner til, på teoriar om menneskeleg erfaring (fenomenologi) og fortolking (hermeneutikk). I mitt prosjekt har dette handla om dei tilsette i heimetenesta sine unike erfaringar og praksis i møte med eldre brukarar som er rusmisbrukarar. Målet er å utforske meiningsinnhaldet i sosiale fenomen slik det vert oppfatta av dei involverte sjølve i deira naturlege kontekst. Såleis kan eg, som Malterud (ibid) seier, spørje etter mening, betydning og nyansar av hendingar og åtferd, og kan oppnå auka forståing av kvifor menneske gjer som dei gjer.

Aase og Fossåskaret (2007:11) er opptekne av at kvantitativt og kvalitativt orientert forskning interesserar seg for ulike sider ved sosiale fenomen. Kvantitativ forskning interesserer seg såleis for fenomen si utbreiing, medan kvalitativ forskning søker merksemd mot meiningsdimensjonen ved fenomena (ibid:13). I denne studien stiller eg spørsmål ved kva erfaringar tilsette har med eldre rusmisbrukarar, og korleis kommunal heimeteneste sin praksis er retta inn mot denne brukargruppa. Kalleberg (2007:38) syner til at ein i forskinga, nett som i dagleglivet, opererer med tre typar av spørsmål (konstaterande, vurderande og konstruktive) og at ein tilsvarande har tre typar av forskingsopplegg. I mi eiga studie vil eg såleis nytte det som kan kallast ei konstaterande problemstilling. Eg er ute etter å utvikle ny kunnskap knytt til tilsette i heimetenesta sine erfaringar og praksis, med andre ord spørsmål knytt til korleis noko er og kvifor det er som det er.

Målet har vore å få kunnskap om kva erfaringar tilsette har med brukarar som er rusmisbrukarar, korleis heimetenestene er organisert, kva kunnskap og ressursar dei har om eldre og rus, og korleis dei intervenserer i forhold til eldre som er rusavhengige. Såleis vil det vere naturleg å velje ei kvalitativ metode, slik at eg kan få tak i dimensjonar av mening, forståing og handling knytt til denne tematikken. For å få mest mogleg fyldig og kontekstuell

forankra kunnskap på området har eg nytta kvalitative intervju. Kva kjenneteiknar så denne forma for intervju?

Kvalitative forskingsintervju

Kvale og Brinkmann (2009:22) syner til at forskingsintervjuet byggjer på dagliglivets samtalar og er ein profesjonell samtale. Vidare seier dei at det er eit intervju der det vert konstruert kunnskap i samspel eller interaksjon mellom intervjuaren og den som vert intervjuet. Dette er eit særst viktig moment å vere merksam på, idet forskaren såleis vil vere medskapar av kunnskapen som vert konstruert. Forskar sin innfallsvinkel, type spørsmål, tolking og vektlegging av tema, vil ilag med relasjonen og dialogen med informanten, vere førande for kva type kunnskap som vert konstruert. Kvale og Brinkmann (ibid) minner om at forskingsintervjuet ikkje er ein konversasjon mellom likeverdige deltakarar, ettersom det er forskaren som definerar og kontrollerar samtalen. Såleis vert det ein asymmetrisk relasjon der den eine part (informanten) gir viktig kunnskap frå si livsverd til forskaren.

Intervjuet er såleis ein einvegsdialog, ei utspørjing som berre går i ei retning. Vidare kan ein ifølgje Kvale og Brinkmann (2009:52) forstå intervjuet som ein instrumentell dialog, fordi forskaren nyttar intervjuet som eit middel for å nå eit bestemt mål, knytt til forskingsinteressene. Eit siste moment i forhold til asymmetrien, er at det er forskaren som har monopol på å tolke informasjonen som kjem fram. Dette skaper mange etiske implikasjonar som forskaren må vere merksam på. Asymmetrien vil som Kvale og Brinkmann (ibid:53) legg vekt på, reise både epistemologiske spørsmål knytt til kunnskapen som skal produserast, og etiske spørsmål knytt til korleis asymmetriske maktforhold kan handterast på ein ansvarleg måte. Som ein ser er det mange omsyn å ta, og det er viktig å reflektere over val og framgangsmåtar, fordi det vil ha stor innverknad knytt til produksjonen av kunnskap.

Gjennomføring av studien

Tilgang til feltet

Informantane eg ynskte å intervju, var menneske som arbeidar i kommunal heimeteneste. Eg bestemte meg tidleg i prosessen for å nytte informantar frå ulike nivå i heimetenesta, og ville intervju både personar på leiarnivå, heimesjukepleiarar og heimehjelper. Dette vart gjort for å få ein breiare representasjon av heimetenesta. Eg tenkte at heimesjukepleiarar ville ha erfaring i forhold til sider ved eldre sitt misbruk, som til dømes dette med medikamentbruk og skadar relatert til rus. Likeeins tenkte eg at eg ved å intervju personar på leiarnivå, betre kunne vere sikra det å få informasjon om organisering og planarbeid. Dette er område som kanskje ikkje heimehjelp og heimesjukepleiar er så godt kjende med. Eg var heile tida bestemt på å intervju heimehjelper. Dette hadde sin bakgrunn i at eg tenkte at denne yrkesgruppa er dei som har mest *tid* med brukar.

Eg valde to bykommunar og ei landkommune som utgangspunkt for å finne informantar. Eg tenkte at ved å velje ut to litt store kommunar, ville der sannsynlegvis vere ein del brukara med rusproblem, men eg ynskte samstundes å sjå korleis fenomenet kom fram i ei landkommune. Eg gjekk inn på nettsidene til dei aktuelle kommunane og las om informasjon knytt til pleie og omsorg. Etter å ha fått godkjent prosjektet av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) var det klart for å ta kontakt med kommunane. I den første bykommunen kontakta eg ein tilfeldig leiar for ei sone for heimetenester, i dei to andre kommunane kontakte eg personar eg hadde fått tips om via kjenningar. I landkommunen vart informantførespurnad gjort via pleie og omsorgssjef som delegerte vidare til ein soneleiar, og i bykommunen via ein verksemdsleiar. Såleis er det ulike leiarar på ulike nivå knytt til pleie og omsorg som har vore mine portvakter til informantar.

To av leiarane delegerte rekruttering av informantar til lågare nivå, medan ein i den tredje kommunen rekrutterte direkte frå leiar. Eg ser at dette kan problematiserast, fordi eg ved å nytte leiarar som bindeledd til informantar, kan risikere at leiar vel ut informantar som dei trur vil snakke fordelaktig i forhold til kommunen si verksemd. Dette momentet har vore viktig å ha i bakhovudet i forhold til intervju med informantane. Eg kunne likevel etter kvart sjå at denne bekymringa ikkje var noko aktuelt problem. Eg opplevde at mine informantar var opptekne av å gi meg rikholdig og variert informasjon om deira opplevingar og erfaringar knytt til tematikken eldre og rus. Likevel har det ligge i bakhovudet i gjennomgang av intervjumaterialet.

I førstekontakt med dei ulike leiarane la eg vekt på å informere om prosjektet mitt, og retta også førespurnaden om eventuell rekruttering av informantar. I etterkant av telefonsamtalane sendte eg e-post til dei same personane med meir og skriftleg informasjon om studien. Såleis kunne leiarane i ro og mak lese i gjennom og vurdere om dei ville hjelpe meg vidare på vegen i prosjektet. I tillegg sendte eg også vedlegg til aktuelle informantar, som omhandla informert samtykke og sikring av konfidensialitet og anonymisering. Eg la vekt på å informere portvaktene om viktigheita av å gi aktuelle informantar denne informasjonen.

Endeleg utval

Eg har rekruttert informantar frå tre ulike kommunar i Midt Noreg. Eit viktig utvalskriterium for meg, var at informantane skulle ha erfaring med eldre brukarar over 65 år som misbruka rusmiddel. Dette var ikkje noko problem i nokon av kommunane, og indikera vel såleis at temaet eldre og rus er aktualisert i alle tre kommunane. Eg har anonymisert både kommunar og informantar, og kjem såleis til å namngi informantane utifrå yrke/tittel og fiktive kommunenamn. Eg har ikkje hatt fokus på antal rusavhengige i desse kommunane, både fordi det er vanskeleg å definere grensa for avhengig eller ikkje, og kva som er problematisk rusbruk for hjelpar eller brukar, men også fordi eg ikkje har føresetnader for eksakt talfesting. Ingen av dei tre kommunane hadde heller ikkje noko talfesting av omfang. Såleis vil fokus liggje på konkrete kvalitative, og ikkje kvantitative erfaringar, som dei tilsette i heimetenesta har i forhold til eldre brukarar som har rusproblem, og likeeins på korleis praksisen deira er retta inn mot denne brukargruppa. Vidare vil eg unngå å kome med opplysningar om særskilde faktorar som kan gjere kommunane gjenkjennbare. Difor har eg fokus på tilsette sine erfaringar, ikkje på tal og fakta om kommunane.

Dei to bykommunane vil eg kalle Lien og Staden, medan landkommunen vert kalla Fjorden. I Lien og Staden har eg intervjuar leiar, heimesjukepleiar og heimhjelp, og i Fjorden har eg i tillegg intervjuar psykiatrisk sjukepleiar som er tilknytt eldre brukarar som har rusproblem i kommunen. Såleis har eg gjennomført 10 intervju. I tillegg gjennomførte eg eit prøveintervju.

Prøveintervjuet vart gjennomført med ei kvinne som er utdanna hjelpepleiar og som arbeider i heimetenesta i ei landkommune. Eg har tidlegare hatt ein del kontakt med henne, og difor følte det rett å spørje vedkomande. Eg opplevde at ho var ærleg i forhold til å kommentere sider ved, eller ordbruk i spørsmåla, som kunne vere vanskeleg å forstå. Det synt seg at

denne kvinna ikkje hadde erfaring med brukarar som er rusmisbrukarar, og difor vart det vanskeleg å gjennomføre eit kvalitativt godt intervju med tanke på å snakke med personar med erfaring på området. Likevel vart det ei nyttig oppleving, idet eg fekk øve meg på å stille spørsmåla mine. Likeeins fekk eg ved å gå gjennom intervjuguide ein viss peikepinn på om spørsmåla mine var forståelege og relevante. Vidare såg eg at eg hadde nytta nokre faglege omgrep som kunne vere vanskelege å forstå for nokre av informantane. Difor justerte eg også språkbruken i ein del av spørsmåla. Sjølv om informanten ikkje hadde erfaring med eldre og rus, vart det likevel ei nyttig erfaring.

Utarbeiding av informasjonsskriv

Eg har utforma eit informasjonsbrev om studien, som eg sende til dei aktuelle kommunane. Dette brevet inneheld opplysningar om meg sjølv, bakgrunn, planar og mål med studien.

Eg har i tillegg utarbeidd eit skriv som omhandlar anonymitet av informantane. I brevet vert det presisert at informantane er sikra anonymitet og at dei kan trekkje seg når som helst i prosessen. Det blir også synt til at kommunane vert anonymiserte.

Intervjuguide

Kvale og Brinkmann (2009:143) ser på intervjuguiden som eit manuskript som strukturerer intervjuforløpet meir eller mindre stramt. Guiden kan ha detaljerte spørsmål eller berre innehalde nokre tema ein ynskjer at informantane skal snakke fritt rundt. Eg valte å nytte det som vert kalla semistrukturert intervju, som er kjenneteikna av å innehalde ei oversikt over emne som skal dekkast, og forslag til spørsmål (ibid). Overordna tema var i mi studie; organisering/planarbeid, erfaringar, kunnskap, forståing og intervensjon. Såleis var intervjuguidane strukturerte av desse temaene. Eg utarbeidde 1 intervjuguide til leiarane og 1 til heimesjukepleiar og heimhjelp. Dette har bakgrunn i at eg ynskte å stille leiarane andre spørsmål, som hadde hovudfokus på organisering av heimetenesta og planarbeid. Likevel vart også leiarane spurde om å fortelje om erfaringar knytt til eldre brukarar og rus. I den andre intervjuguiden var fokus på erfaringar og praksis som heimesjukepleiar og heimhjelp hadde med eldre brukarar som er rusmisbrukarar.

I begge intervjuguidane la eg inn spørsmål knytt til det å fortelje litt om seg sjølv, om arbeidsoppgåver i byrjinga av guiden. Dette gjorde eg fordi eg ynskte å få innblikk i kor lenge vedkomande hadde jobba i heimetenesta, alder, stiling, arbeidsoppgåver, m.m, men også for å starte intervju med lette spørsmål. På slutten av alle intervju la eg også inn eit siste punkt der eg spurde informanten om det var noko vedkomande ynskte å seie til slutt, om det var viktige ting eg hadde utelate å spørje om m.m. Kvale og Brinkmann (2009:144) skriv at eit godt intervju bør bidra tematisk til produksjon av kunnskap og dynamisk til å fremje ein god intervjuinteraksjon. Eg opplever at intervjuguidane fungerte godt, og at strukturen i spørsmåla fungerte i forhold til informantane.

Problemstilling og forskingsspørsmål var utgangspunkt for intervju spørsmåla, og eg hadde fleire rundar der eg gjorde om på rekkjefølgje av tema, og der eg prøvde i sikre at eg hadde dekt alle område eg ynskte å tematisere. Det var ei utfordring å formulere korte og gode spørsmål som skulle dekkje områda eg ynskte å sikre meg kunnskap om. Etter kvart greidde eg å strukturere ein guide som eg synest dekte områda av tematiseringar.

Gjennomføring av intervju

Som Kvale og Brinkmann (2009:137) seier, er forskingsintervjuet ein interpersonleg situasjon, ein samtale mellom to partar om eit emne av felles interesse. I forkant av intervju hadde eg lagt vekt på å skaffe meg kunnskap om heimetenestene sine organiseringar, eg hadde lese om heimetenesta sine ansvarsområde og oppgåver. Såleis kunne dette styrke intervju kvaliteten ved at eg lettare kunne stille utfyllande spørsmål kring ulike tema.

I tilfelle informantane synest det var vanskeleg å snakke "fritt", hadde eg som tidlegare nemnt, utforma supplerande spørsmål under dei ulike tema. Det var interessant å sjå at etter kvart som eg hadde gjennomført intervju, medførte dette at eg etter kvart, i nye intervju, kunne stille betre og meir nyanserte oppfyljingsspørsmål til informantane. Ein kan kjenne igjen prinsippa frå den hermeneutiske sirkel. Ved å ikkje ha fastlåste spørsmål, gir ein rom for informantane sine unike opplevingar og beskrivingar av fenomen. Intervjuforma gir også spelerom for å endre rekkjefølgja av tema og spørsmål, i forhold til kva informanten vel å leggje vekt på som interessant og viktig i forhold til overordna tematikk.

Alle intervju, unnateke eit, vart gjennomført i heimetenestene sine lokale. Dette var ei naturleg løysing som fungerte fint. Eg tenkjer at for informantane sin del, er dette med på å

skape tryggleik i forhold til intervjusituasjonen. Det eine intervjuet som ikkje gjekk føre seg i heimetesta sine lokale, vart gjennomført heime hjå meg. Dette var intervju med ein av leiarane. Ho var på gjennomreise i heimkommunen min, og vi vart difor einige om å gjennomføre heime hjå meg. Eg var usikker på om dette var etisk forsvarleg overfor vedkomande person, men avgjorde likevel å gjere dette. Informanten var ein av leiarane, og hadde ikkje problem i forhold til det. Eg opplever ikkje at dette påverka kvaliteten og gyldigheita av informasjon og kunnskap som kom ut av intervjuet.

I byrjinga av alle intervju, la eg vekt på å gjennomgå viktig informasjon angående gjennomføring av intervju. Eg gjentok også informasjon som var skriva i brev, for å forsikre meg om at informantane visste kva dei skulle vere med på. Vidare minte eg om retten til å trekkje seg til ei kvar tid, anonymisering og konfidensialitet. Skjema for informert samtykke og anonymisering var underskrivne, og såleis har eg prøvd å ivareta informantane sin tryggleik på best mogleg måte. Underskrifter har vorte lagra i eit låst skap, og eg har utelata å bruke namn på personar, geografiske stadar og andre moment som kan gjere materialet gjenkjenneleg, både i transkripsjonsmaterialet og i oppgåva forøvreg. Eg informerte også informantane om at transkripsjonar og underskrifter på samtykkeskjema vil verte makulerte når prosjektet er avslutta og når eksamen er gjennomført i Januar 2011.

I to av intervjuja fekk eg tekniske problem med lydopptak, og mista delar av intervjuja. Eg bestemte meg for å gjennomføre begge intervjuja på nytt. Eg kontakta begge informantane kort tid etter den beklagelege hendinga, og fortalde kva som hadde skjedd. Informantane var storarta og stilte seg til disposisjon på nytt. Eine intervjuet med heimesjukepleiar i Lien vart gjennomført på telefon neste morgon. Eg nytta høgtalar på mobilen, og fekk såleis lydopptak på bandopptakar. Vi hadde begge friskt i minne kva som hadde vore sagt og lagt vekt på frå informantens side. Eg hadde i tillegg delar av første intervju intakt. Informanten syntes at det nye intervjuet vart litt ”oppbakka” som ho sa, at ho kanskje fortalde på ein meir kortfatta måte. Eg har vore merksam i dette i analyse og ved bruk av sitat frå vedkomande.

Det andre intervjuet, med psykiatrisk sjukepleiar i Fjorden vart gjennomført nokre veker etter første intervju. Dette intervjuet vart gjennomført på vedkomande sin arbeidsplass, og eg opplevde at informanten stort sett la vekt på og snakka om dei same område som første gong. Eg hadde også delar av dette første intervjuet intakt, og kunne såleis sjå at vi heldt oss innanfor omtrent same intervjuforløp.

Det var beklageleg at informantane skulle oppleve dette, og eg er særst takksam for at dei velvilleg stilte til nye intervju. Når det gjeld korleis dette har påverka validiteten av intervju, har eg i refleksjon vurdert at det ikkje kan ha forringa studien. Dette var engasjerte personar som var opptekne av å gi meg fyldige og konkrete svar på aktuelle spørsmål, og eg opplevde ikkje at dei ga andre svar på spørsmåla i denne nye intervjurunda.

Transkribering

Å transkribere betyr å transformere, skifte frå ei form til ei anna. Intervjuet er ein samtale som utviklar seg mellom to menneske ansikt til ansikt (Kvale og Brinkmann, 2009:186). I transkripsjonen vert samtalen mellom to menneske som er fysisk til stades, abstrahert og fiksert i skriftleg form. Det å omsetje talespråk til skriftspråk vil krevje å gjere ei rekkje vurderingar og avgjersler, fordi talt språk og skrivne tekstar inneber forskjellige språklege spel (ibid:187).

Alle intervju vart transkriberte av meg sjølv, same dag- eller så raskt som mogleg etter intervjuet. Dette sikra at eg framleis hadde kontekstuelle faktorar i minne, og det ga meg ei meir levande kontekstualisering av stemning og andre moment. I tillegg gjorde transkriberingserfaringane at eg såg ting som kanskje burde justerast til neste intervju. I intervju hadde eg nytta lydopptakar som sikra at eg kunne konsentrere meg om intervjuet sine emne og dynamikk. I transkriberingsarbeidet var lydopptaka verdifulle, fordi dei ga meg høve til å gå tilbake å lytte, ikkje berre til dei eksakte ytringane, men også for å studere ordbruk, tonefall og liknande. Knytt til empirikapittel og bruk av sitat, var lydopptakaren ei verdifull hjelp, fordi eg kunne gå tilbake og lytte fleire gongar til utsegn, slik at eg kunne sikre meg betre i forhold til om eg hadde forstått informanten rett.

Eg valde å transkribere alle intervju på dialekt. Eg utelata å skrive ned pause, host og liknande, og også situasjonar der informantane hadde kome inn på personlege ting som ikkje hadde noko med tema å gjere. Kvale og Brinkmann (2009:195) minner om at transkripsjonen også inneberer etiske spørsmål. Eg utelata også å skrive ned namn på personar og geografiske område som kunne avsløre identitet/kommune. I tillegg har eg oppbevart transkripsjonane i låst skap.

Det er som Kvale og Brinkmann (2009:192) peikar på, viktig å vurdere reliabiliteten og validiteten av transkriberingsarbeidet. Som eg sa i førre avsnitt, er det å gå tilbake og lytte ein

gong til, det å vere vaken og merksam på eiga rolle, kven som har sagt kva og korleis, kunne sikre reliabiliteten, eller truverdigheita av transkriberinga. Det er fort gjort å skrive ned feil ord som kan gi andre meiningar enn det som var meint i utgangspunktet. Vidare vil det å vurdere gyldigheita, eller validiteten av transkriberingsarbeidet vere vanskelegare, fordi ein ikkje kan seie om ein transkripsjon er meir objektiv enn ein annan (Kvale og Brinkmann, 2009:194). Ein transkripsjon som er påliteleg og gyldig i sin kontekst, vil vere eit viktig utgangspunkt for neste trinn i forskinga, nemleg analysen. Vidare vil eg no gjere greie for korleis eg gjekk fram i analysearbeidet.

Analyse

I eit kvalitativt forskingsopplegg er ikkje eit forskingstema belyst berre ved at forskaren får tilgang til interne og fortrulege forteljingar (Aase og Fossåskaret, 2007:36). Data vert skapt gjennom ein fortolkande prosess, og vert til ved at dei einskilde forteljingane vert plassert i dei respektive kategoriane som forskaren meiner dei "høyrrer heime i" (ibid). Intervjuanalysen ligg ein stad mellom den opphavlege forteljinga som vart fortalt til intervjuaren, og den endelege historia som forskaren presenterer for eit publikum (Kvale og Brinkmann, 2009:201). Å analysere betyr å dele noko opp i bitar eller element. Forfattarane (ibid:203) minner om at analysearbeidet byrjar allereie i intervjusituasjonane.

Etter at eg var ferdig med transkripsjonen sat eg att med eit stort materiale av informasjon. Eg byrja med å gå i gjennom kvart intervju inngåande og fleire gongar. Etter kvart som eg hadde lest nøye gjennom alle intervju, byrja eg å sjå etter fenomen som gjekk igjen i materialet, som kunne vere felles for fleire av informantane. Samanlikningar på tvers av intervju ga meg etter kvart retning for perspektiv og kategoriar i materialet. I forkant av dette arbeidet hadde eg gjennom forforståing og aktuelle teoretiske retningar ei formeining om aktuelle kategoriar, men desse vart etter kvart endra i innhald eller gjort til nye kategoriar. Ved hjelp av kategoriane laga eg meg eit system der eg fekk oversikt over alle data som inneheldt data innan dei same kategoriane. Eg nummererte sentrale setningar som kunne knytast til dei ulike kategoriane.

Samstundes som eg heldt på med kategoriane, las eg fagstoff om omsorgstenesta, om aldring, om organisasjonar, og om teori og omgrep som eg hadde kategorisert materialet mitt i forhold til. Prosessen var til tider frustrerande, fordi eg følte at det var mange moglege vegar til

endeleg fokus og retning. Eg såg fleire moglege retningar for spissing av oppgåva, og brukte mykje tid på å lande på kva eg skulle trekkje ut som sentrale moment. Likevel var problemstilling og forskingsspørsmål leiande moment som styrte meg i denne krevjande prosessen.

Analysen av materialet vert presentert på to analysenivå. I det første analysenivået presenterer eg data frå einskildintervju i beskrivande kategoriar, og på den måten opplever eg at eg tydeleggjer informantane sine forteljingar knytt til tema og forskingsspørsmål eg reiser i oppgåva. Fangen (2004:170) kallar det fortolking av første grad, og peikar på at dette inneber at forskar konstaterer det ein har sett eller høyr. Det kan også innebere å fortolke hendingar og fenomen med omgrep som er erfaringsnære og dermed nært opp til eller identisk med dei som informantane nyttar (ibid). Men dersom ein berre nyttar ei slik erfaringsnær tilnærming står ein i fare for å bli eindimensjonal, ende opp berre med å *beskrive situasjonar*. Mønster, trendar eller strukturar let seg ikkje gripe med ein utelukkande erfaringsnær tilnærming Fangen (ibid:171). For å kunne fortolke på eit metanivå må ein bryte med denne tilnærminga, og også gjere ei andregradsfortolking.

Etter presentasjon og førstegrads fortolking av mitt materiale i kapittel 6, vil eg difor gjere ei andregradsfortolking av materialet i kapittel 7. Her vil eg nytte Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet og handlingsteoretiske perspektiv for å kome med moglege forklaringar på sentrale funn i empirikapittelet. Det å bruke meir erfaringsfjerne analyseformer er ei viktig tilnærming for å overskride deltakarane sin common sense- forståing (Fangen, 2008:173). Denne andregrads fortolkinga gir eit djupare innsyn i kva deltakarane kan ha meint med det dei gjorde, kva tolkingar dei ga sjølve, samt mi eiga fortolking av dette. Det er imidlertid viktig å vere merksam på at denne type fortolking kan skape etiske problem, idet ein går utover den beskrivinga informantane sjølve har av handlingane sine, og at ein ved å bruke abstrakte teoretiske omgrep kan gi informantane kjensla av å vere objektiverte (ibid:174). Eg vonar å gjere det mogleg for lesaren å vurdere gyldigheita i tolkingane mine, ved at eg er tydeleg i argumentasjon og begrunningar for mine tolkingar. Dette gir lesaren moglegheita til å vurdere validitet og reliabilitet av analysen. I tillegg vil det vere viktig at eg som forskar er medveten på å fortolke ytringane i lys av samanhengen dei har oppstått i. Det handlar om data si kontekstavhengigheit (ibid). Garfinkel (1967) her referert i Fangen (2008:174) hevdar at ein ikkje kan gripe mening utanfor dei samanhengane der den vert skapt. Dette betyr at eit sett av omgrep betyr noko i éin samanheng, og noko heilt anna i ein annan, dei er indeksiale.

Eiga rolle i forkinga

Som Malterud (2008:43) syner til, avviser moderne vitskapsteori førestillinga om den nøytrale forskar som ikkje påverkar utviklinga av kunnskap. Forskar sin ståstad, faglege interesse, motiv og personlege erfaringar vil vere med å avgjere val av problemstilling, perspektivval, kva metodar og utval som vert vurdert som relevante, kva resultat som svarar på dei viktigaste spørsmåla, og korleis konklusjonane skal vektleggast og formidlast (ibid). Såleis vil det vere viktig å presentere lesaren for min eigen ståstad i forhold til tematikken eldre og rus.

Eg er utdanna sosionom i vaksen alder, og har allsidig yrkeserfaring frå tidlegare år. Eg har arbeid i to år innan eldreomsorg, men dette er mange år sidan. Såleis kan eg ikkje seie at dette har vore medverkande til val av tema. Det som har skapt interesse for tema, er heller ei generell interesse for eldre sin posisjon i samfunnet, og det faktum at eldre og rus er eit "ikkje tema" i samfunnet. Eg ynskjer å kunne sette temaet på dagsorden, og håper at det kan hjelpe til med å sette både tilsette i heimetenesta sine føresetnader og rammer, og eldre med rusproblem sin situasjon på dagsorden. Sjølv om eg ikkje har stor erfaring verken med eldreomsorg eller rusarbeid, ser eg at dette både kan styrkje og svekkje min posisjon i oppgåvearbeidet. Hadde eg hatt meir kunnskap om eldreomsorg kunne eg heilt sikkert kunne stilt betre spørsmål, og betre oppfylggingsspørsmål, men samstundes kunne lang erfaring også ha avgrensa meg og ikkje stilt spørsmål på område eg då kunne ta for gitt at var allmenn kunnskap. Dersom ein har for sterk involvering til feltet ein forskar på, kan ein oversjå moment ein sjølv reknar som sjølvsagde. Likevel var det viktig for meg å lese meg opp på litteratur og forking knytt til aldring og eldreomsorg. Dette styrka meg i å forstå og stille spørsmål til informantane.

Kvale og Brinkmann (2009:92) minner om at forskaren si rolle som person, og forskars integritet, er avgjerande for kvaliteten på den vitskaplege kunnskap, og dei etiske avgjerslene som vert tatt i kvalitativ forking. Forfattarane (ibid) poengterer vidare at moralsk ansvarleg forskaråtferd er noko *meir* enn abstrakt etisk kunnskap og kognitive val. Det handlar om forskar sin integritet, sensitivitet og engasjement i moralske spørsmål og moralsk handling. I neste avsnitt vil eg presentere aspekt ved validitet, reliabilitet og overførbarheit, før eg i neste avsnitt går djupare inn i dei etiske føresetnadane, og gi lesaren innblikk i viktige faktorar i den samanheng.

Validitet, reliabilitet og generaliserbarheit

Som Kvale og Brinkmann (2009:253) seier det, gjennomsyrrer valideringa heile forskingsprosessen. Validitet, eller gyldigheit som det også vert kalla, dreiar seg i samfunnsvitskapen om korvidt ei metode er egna til å undersøke det den skal undersøke (ibid:250). Forfattarane (ibid) meiner at valideringsarbeidet bør fungere som kvalitetskontroll gjennom alle stadium av forskinga. I dette kapittelet har eg gjort greie for metodologiske val i dei ulike fasane av forskinga, og vonar såleis å ha lagt grunnlag for at lesaren kan vurdere gyldigheit av arbeidet eg har gjort.

Reliabilitet har med forskingsresultata sin konsistens og truverdighet å gjere (ibid:250), og vert ofte behandla i samheng med spørsmålet om kor vidt eit resultat kan reproduserast på andre tidspunkt av andre forskarar. Såleis vil det handle om å vurdere om forskar har påverka resultata ved å stille leiande spørsmål, eller kan ha endra meiningsytringar i transkripsjon og liknande. Igjen vil det vere viktig at forskar gir ei transparent framstilling av korleis han eller ho har kome fram til sine konklusjonar. Eg vonar at eg ved å fortelje om framgangsmåtar og perspektiv i studien har lagt grunnlag for at lesaren også kan vurdere pålitelegheita i forskingsarbeidet.

Dersom resultata av intervjuundersøkinga vert vurdert som rimeleg pålitelige og gyldige, gjenstår spørsmålet om resultata kan overførast til andre intervjupersonar og situasjonar. Det handlar om det å vurdere om korvidt funna er generaliserbare (Kvale og Brinkmann, 2009:265). I denne studien har eg intervjuat ti personar fordelt på tre kommunar. Dette er ikkje noko stort utval, og eg kan ikkje ta for gitt at det desse menneska har fortalt meg er gjeldande for alle andre tilsette i heimetenesta sine erfaringar og praksis. Generaliserbarheit eller overførbarheit, er som Malterud (2008:63) peikar på, eit omgrep som kan invitere til urealistiske assosiasjonar om allmenngyldig overførbarheit. Overførbarheita har alltid sine avgrensingar, og utvalsstrategien er ei viktig betinging som er med å bestemme kvar grensene går (ibid). Difor kan det vere meir hensiktsmessig å snakke om *overførbarheit*, som i større grad impliserer at det er grenser og betingingar for korleis funna våre kan gjerast gjeldande i andre samanhengar enn i vår eigen studie. Malterud (ibid) meiner at det å spørje etter overførbarheit er ein måte å operasjonalisere spørsmålet om ekstern gyldigheit på.

Etiske aspekt

Som Kvale og Brinkmann (2009:80) seier, vil etiske problemstillingar prege heile forløpet i intervjuundersøkinga, og ein må ta omsyn til moglege etiske problem heilt frå byrjinga av undersøking, til den endelege rapporten ligg føre. Allereie i den første fasa av undersøkinga, som handlar om tematisering, vil etiske aspekt i forhold til formålet med studien reflekterast over. Det å ta omsyn til forbetring av den menneskelege situasjonen som vert utforska bør vere eit vel så viktig formål, som det å ta omsyn til den vitenskaplege verdien av studien. I mitt prosjekt vil dette handle om å gjere ei undersøking som forhåpentlegvis kan gi tilsette i heimetenesta ny og viktig kunnskap i forhold til det å arbeide i relasjon til ei sårbar brukargruppe, dei eldre rusmisbrukarar. Eg vonar også at den nye kunnskapen kan styrke denne sårbare brukargruppa sin posisjon i kommunalt og statleg rusarbeid. Eg tenkjer at eg ved å setje tematikken på dagsorden, er med å bevisstgjere lesarane om eit forsømt tema.

Knytt til planlegging av undersøkinga, har det å innhente informantane sine informerte samtykke til å delta i studien vore eit viktig moment for å ivareta etiske omsyn. Det er viktig at ein er opne på kva som er bakgrunn og formål med studien, slik at dei som stiller historiene sine til disposisjon er klar over konteksten for samtalanene. Konfidensialitet er eit anna viktig stikkord, og omhandlar det å ikkje avsløre data som kan identifisere deltakarane. I informasjonsbrev til informantane var eg oppteken av å informere dei om dette viktige etiske prinsippet, og fortalte den einskilde korleis eg ville anonymisere og handsame data slik at det ikkje skulle kunne kome fram kven informantane var, og kva kommunen dei hørde til i. I oppgåva har eg såleis namngitt informantane etter yrkesutdanning eller stilling, og likeeins laga fiktive kommunenamn. Vidare har eg i transkriberingsmaterialet utelata å skrive ned geografiske namn informantane nemnde i intervjuet. Eg har såleis ikkje noko materiale der det er mogleg å spore opp informantane eller kommunane.

Konfidensialitet som eit etisk usikkerheitsområde er relatert til det problemet at anonymitet på den eine sida kan beskytte deltakarane og dermed vere eit etisk krav, men på den andre sida tene som alibi for forskaren ved å gi rom for å tolke deltakarane sine utsegn utan å verte sagt i mot (Kvale og Brinkmann, 2009:90). Såleis minner forfattarane (ibid) om at det er mange aspekt også ved konfidensialitet. Men for å kunne sikre at informantane si sikkerheit vert ivareteke, er det viktig med konfidensialitet. Det å gjere informanten merksam på kva ein gjer for å ivareta dei, vil sikre tryggare intervjusituasjonar og dermed også føresetnadane for eit meir truverdig datamateriale.

Eit anna viktig moment når ein snakkar om etikk i samfunnsforskinga, er at observasjonar og intervju i regi av samfunnsforskarar vil fokusere på samtid, eller på nær fortid (Aase og Fossåskaret, 2007:188). Informantane er såleis midt oppe i dei vilkåra og situasjonane dei fortel om. Eit spørsmål som melder seg i den samanheng, er kor langt forskaren skal gå i å seie ting som dei er. Informantane kan medan dei sit og fortel, verte engasjerte og kanskje seie ting som ikkje vil vere egna å publisere i rapporten. Difor er det viktig å ikkje la seg freiste til å dra inn moment som i første omgang kanskje kunne "sprite opp" funna, men tenkje konsekvensar av presentasjonen i forhold til informantane sitt ve og vel.

Denscombe (2008:179) minner om kor viktig det er at forskaren går fram på ein slik måte at det i minst mogleg grad vert ei påkjenning for informantane å delta. Denscombe (ibid) meiner at det er forskars plikt å ta vare på informantane, og eg har etter beste evne prøvd å gå fram på ein slik måte at eg skal unngå å skade informantane i form av stress og ubehag, eller som på andre måtar kunne gjere intervjusituasjonen og kvardagen etterpå ubehageleg. Prosjektet vart meldt inn og godkjent av NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS).

Kap.6. Presentasjon av funn

Gjennom dei føregåande kapitela har eg presentert bakgrunn for studien, eksisterande forskning, aktuelle overordna teoretiske perspektiv og metodologiske aspekt. I problemstillinga som er leiande for studien, stiller eg spørsmål ved kva erfaringar og praksis tilsette i kommunal heimeteneste har ovanfor eldre brukarar som misbrukar rusmiddel. Problemstillinga har vore førande for utforming av intervjuguide, og har også vore ei viktig rettesnor i analysearbeidet med data frå informantane. Det har vorte mange runde med gjennomgang av materialet, og det har vore ein krevjande, men spanande prosess.

Eg har valt å presentere analysen av materialet på to ulike nivå. Analyse vil som Fangen (2008:170) seier det, omfatte alle nivå av fortolking og bearbeiding av materialet. I dette kapittelet presenterer eg empiri frå intervjua. Analysen vil verte framstilt i beskrivande kategoriar for å syne kva materialet seier i forhold til tema og forskingsspørsmål eg utarbeidde. Fangen (ibid) kallar dette for *førstegrads fortolking*, og det er kjenneteikna med at ein konstaterer det informantane har sagt. I tillegg kan det også bety å fortolke hendingar med omgrep som er nært opp til, eller identisk, med dei som informantane sjølve nyttar. I det andre

nivået av analysen, det som Fangen (2008:173) kallar *andregrads fortolking*, vil eg trekkje inn teoretiske perspektiv og omgrep som eg har gjort greie for i teorikapittel. Det å bruke meir erfaringsfjerne analyseformer er ei viktig tilnærming for å overskride informantane si common sense- forståing. Både Habermas (1984) og Geertz (1983) her referert i Fangen (ibid) understrekar betydinga av å veksle mellom erfaringsnære og erfaringsfjerne akademiske omgrep. Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet og handlingsteoretiske perspektiv kan gi teoretisk og utvida forståing av det som informantane har fortalt i dette meir beskrivande kapitlet. Før eg gir ein presentasjon av funn, vil eg også minne lesaren på kva forskingsspørsmål som har vore eit viktig hjelpemiddel i analysen;

Forskingsspørsmål;

- Har dei kommunale heimetenestene eigne planar/retningslinjer for eldre brukarar som misbrukar rusmiddel?
- Kva kunnskapsgrunnlag har tilsette i heimetenesta i forhold til å møte eldre brukarar som misbrukar rusmiddel?
- Korleis forstår og intervenserer tilsette i heimetenesta i forhold til eldre brukarar som misbrukar rusmiddel?

Om erfaringar og praksis knytt til eldre brukarar (65+) som er rusmisbrukarar

Eit av utvalskriteria eg hadde i forhold til utveljing av informantar, var at dei skulle ha erfaring med brukarar som har rusproblem. Såleis hadde alle heimehjelpene og heimesjukepleiarane eigne erfaringar å fortelje om. I tillegg intervjuar eg sone/verksemdsleiarar (kalla leiar i vidare presentasjon) i dei ulike kommunane for å få kunnskap om organisatoriske og administrative sider av heimetenesta i forhold til eldre med rusproblem. Såleis vil presentasjon av funn vere representert i frå alle dei ulike yrkesgruppene sine perspektiv. Dei fleste av heimesjukepleiarane og heimehjelpene har dagleg eller vekentlige møte med brukarar som rusar seg, og kunne fortelje om mange ulike erfaringar. Leiarane på si side, kunne fortelje om sine erfaringar med brukargruppa gjennom sin eigen kontakt med praksisfeltet, og via heimesjukepleiarar og heimehjelpere sine henvendingar angåande denne tematikken. Kategoribasert analyse har ilag med informantane sine erfaringar vore retningsgivande og strukturerande i høve presentasjonen. I denne første delen av

presentasjonen vil eg leggje vekt på å syne til første del av problemstillinga, det som handla om tilsette sine *erfaringar*.

Erfaringane er mangfaldige og varierte, og eg har gjort eit utval eg presenterer, som syner tendensar som går igjen i dei tre kommunane. I tillegg ser eg at ulik organisering og samarbeid skaper skilnader i tenestene. Eg har som sagt valt å gjere ein rein empiripresentasjon i dette kapittelet, før eg i neste nivå av analysen trekkjer inn teoretiske perspektiv og omgrep. Såleis er det informantane og desse sine unike opplevingar som er i fokus i dette kapittelet.

”Du veit aldri kva som møter deg”

Gjennom intervju med sone/verksemdsleiararane, heimesjukepleiarane og heimehjelpene i dei tre kommunane ser ein at arbeidet deira er utfordrande og mangfaldig. Leiarane har ulike administrative oppgåver, heimesjukepleiarane har ansvar for det medisinske, delar ut dosettar med medisin, driv med sårstell, pleie og omsorg. Heimehjelpene har likeeins ansvar for å stelle, vaske, rydde, gjere innkjøp m.m. Brukarane har fått utforma vedtak for kva dei har rett på av hjelp, og dette er retningsgivande for heimesjukepleiar og heimehjelp sitt daglege arbeid. Når eg spør om erfaringar med eldre brukarar som har rusproblem, er det fleire av informantane som gir uttrykk for at det til tider kan skape ein usikker arbeidskvardag. Som heimesjukepleier i Staden seier; *”Du veit aldri kva som møter deg”*.

Staden

I Staden opplever alle dei tre informantane at det er ganske stort omfang av rusmisbruk blant deira brukara, utan at dette har vore forsøkt å talfeste. Leiar eg intervjuar fortel at dei har ein god del brukarar over 65 år som er rusmisbrukarar. Vidare syner denne informanten til at ho opplever at det er mange kvinner som er rusmisbrukarar i denne sonen. Ho fortel om aha oppleving med at det er mykje skjult rusmisbruk blant dei eldre i kommunen;

”Ja dei kan vere 80 og..65 + ikkje sant..ja gjerne mellom 70 og 80 som sitt og drikk vin å.., det hende vi får alarma om at det er fall i heimen, og at vi finn dei drikke då.. det er meir enn vi trur då”. (avdelingssjukepleiar Staden).

Noko av det høge talet vert forklart med at denne heimetenesesonen har eit område med kommunale bustader. Der er ”alt” samla som har med rus å gjere, både alkoholikarar og narkomane, og det er der ein del av dei eldre rusmisbrukarane også bur. Både heimehjelp og heimesjukepleiar i Staden har dagleg kontakt med eldre som har rusproblem, men har ulike erfaringar på grunn av geografisk fordeling. Heimesjukepleiar har mest erfaring med kvinner som misbruker pillar og alkohol, medan heimehjelp har mest kontakt med eldre menn som har rusa seg på alkohol i mange år, menn som er kjent frå gatebilde i kommunen. Heimehjelp fortel at ho er mykje i dei kommunale leilegheitene der både menneske med psykiske vanskar og rusproblem er samla. Området er kjent for å vere ”oppsamlingsplass” for sosialklientar, rus og psykiatri.

”Dei sitt ikkje berre åleine og drikk, ofte så har dei funne venna, naboar, skulle eg til å seie, som kjem og drikk i lag med dei, eller han eller ho då. Og då blir det ofte eit slikt miljø der, og då, ikkje sant, det blir no- om ein person hadde sitte der å drukke, så hadde det no ikkje blitt så rotete og skittent eller kva eg skal sei, enn når det kjem ein heil gjen” (heimehjelp Staden).

Heimehjelpa gir vidare uttrykk for at dette gjer arbeidssituasjonen meir uttrygg, og at ho opplever at rusmiljøet i 2010 er eit heilt anna enn tidlegare. Nye brukargruppe har kome til i den kommunale heimetenesa, som følgje av desentralisering til dømes av psykiatritenester. Stadig yngre brukargruppe har kome til, der det gjerne er både rus og psykiatri.

Heimesjukepleiaren i Staden har mest kontakt og erfaring med eldre kvinner som har rusproblem; *”Det er mykje damer, veldig mange damer, mange fleire damer enn menn faktisk. Det er enker stort sett ja, så det kjem fram veldig mykje der då, veldig mykje alkohol i lag med tablettar”*. Kvinnene er opp i 80 åra, stort sett alle saman, og bur i sine privatbustader. Såleis ser ein at dei to informantane i Staden har ulike erfaringar med ulike brukargrupper, alt etter kva brukarar dei har ansvar for, og kva område dei er stasjonert i.

Også i dei to andre kommunane, Lien og Fjorden, kan ein på bakgrunn av informantane sine erfaringar, sjå tendensar til ei todeling av brukarar som rusar seg. Det er mennene som gjerne har ei lang og offentleg kjent ruskarriere bak seg, og det er kvinnene som bur i eigen bustad, som drikk vin og et pillar i det skjulte. I Fjorden er det eit mykje lågare folketal, og ein ser difor ikkje dei same klare tendensane som i bykommunane Staden og Lien, men også her er

det to brukargrupper som skil seg ut angående rusmisbruk. Dei offentleg kjente mannlige alkoholikarane, og damene som drikk vin og et pillar. Møte med rusmisbrukande brukarar skaper ein usikker kvardag for dei tilsette, noko som samsvarar med Carlström og Westman (2005), Gunnarsson (1979), Tibell (2002) og Herring og Thom (1997-1998) sine studium. Brukarar som rusar seg vil sjølvsagt ha gode og mindre gode dagar, mykje avheng i om dei er rusa eller ikkje. Verbale skyljebytter, besøkande og komplikasjonar som følgje av rusing, er nokre moment som er med å skape ein usikker kvardag.

Fjorden

Leiar i Fjorden kan heller ikkje talfeste omfang av brukarar som er rusmisbrukarar i kommunen, og seier at det er ikkje så veldig mange over 65 år. Men det ho poengterer er at dei som har rusproblem sjølvsagt er veldig viktig å fylle opp. Ho fortel at desse brukarane krev ganske store ressursar når dei først har vorte brukarar av heimetenesta. Leiar fortel vidare at dei ofte får kjennskap til rusmisbruk gjennom at den eldre har fått fallskadar eller liknande, og at det då kan kome fram at dei har eit rusproblem. Informanten synest at det kanskje har vorte meir av dette dei siste åra. Vidare synest ho at det er ein trend at det er mennene som oftast har problem med alkohol og at det er pillemisbruk blant kvinnene. Dei fleste av mennene er kjent frå gatebilete i kommunen og har eit langt misbruk bak seg, medan mange av kvinnene er ukjente for heimetenesta, dei er meir skjulte. Soneleiar trur at ein del av pillemisbruket blant kvinnene har utvikla seg gjennom sjukdom og smertetilstandar.

Leiar opplever ikkje så veldig ofte å få henvendingar frå tilsette angående rusmisbruk blant dei eldre, men ho kan fortelje om hjertesukk og oppgittheit. Det er likevel ikkje noko fenomen som er omfattande i følgje informanten. Dei tilsette gjer så godt dei kan og tek vanskane på alvor;

Det virka som dei tilsette ser alvorret i det, at viss ikkje vi hjelpe no so er det faktisk fare for liv og helse.., å .. så eg synest dei stort sett er veldig opne og stort sett veldig positive til å ville hjelpe dei- same kor forferdelig det er det som møter dei. Og dei seier i frå dersom det vert for gale- veit du no er det så og så gale- å kva gjer vi? (soneleiar Fjorden).

Sjølv om omfanget av eldre brukarar med rusproblem ikkje er så stort i Fjorden, er utfordringane like reelle og uforutsigbare som andre stadar. Heimesjukepleiar i Fjorden fortel om erfaringar frå sin kvardag;

”Ja, det var det som eg nemnte no, det at du kanskje kjem med multidoser, eller medisina, og så er brukaren rusa når du kjem, og greie kanskje ikkje å gjere greie for seg, og ligg på sofaen og er veldig dårleg. Så kjem du med tablettane, og så skal du på ein måte..og så skal du.., du må på en måte.., kva skal du gjer?, kva skal du seie? Du prøva på ein måte å, ” kva har du ete i dag?”, og lage til litt mat og sette fram drikke, og ” har du lyst å vaske deg litt?” Du prøva på en måte å nå han der han er, ikkje sant”.(heimesjukepleiar Fjorden)

Heimesjukepleiar sine utsegn vitnar om at møte med rusa brukarar byr på ulike utfordringar. Korleis skal ein nærme seg brukar når han eller ho ikkje er i stand til å gjere greie for seg? Det skaper etiske og praktiske utfordringar. Kvar går grensa for kva tid ein skal setje i gang tiltak? Og har ein kunnskap og ressursar til å setje i gang? Ein må ofte gripe det umiddelbare i situasjonen, og ta raske avgjersler. Det kan handle om brukars liv og helse, og tilsette må gjere mange viktige vurderinga basert på avgrensa kunnskap. Som menneske vert vi gripne av å sjå andre medmenneske ha det vanskeleg, og som tilsett i pleie og omsorgssektoren, vil ein også ha plikt og ansvar til å hjelpe brukarar som ikkje kan ta hand om seg sjølv. Heimesjukepleiaren i Fjorden fortel at ho synest det vert problematisk når ein ser kor alkoholen styrer livet til enkelte brukarar, og ho fortel om ei oppleving;

”Eg synest det var så vanskeleg at eg såg at han var så knytt til , altså han kunne ligge i fosterstilling og holde på ei flaske sprit å vere uttissa og utspydde, og så klart det gjer noko med deg. Og du ser at, tenk at det skal ha sann makt over eit menneske, og tenk at du vert så avhengig av det då, og så det å vite, ja kva gjer du no? Skal han ligge sann, kven skal eg ta kontakt med, kva skal skje? Dette går ikkje lenger, det å begynne å setje i sving, det også, det krevje litt å begynne å organisere om igjen. Og kanskje dette var på ei helgevakt eller seinvakt.. Og så har du kanskje ikkje lyst å ringe til ungane, til pårørande, for dei er no trøtte og slitne av å ha det slik rundt seg, dei har ikkje meir å gi... Så det synest eg, det var slike situasjonar eg grudde meg til”.(heimesjukepleiar Fjorden)

Lesaren vil sjå at heimesjukepleiar fortel om ei oppleving bak i tid. Likevel vitnar det om at informanten har opplevd sterke kjensler knytt til møtet med denne brukaren. Når ein står ansikt til ansikt med dei harde realitetane vil det påverke ein på godt og vondt. Situasjonen har betra seg i kommunen, etter at det vart tilsett ein person med vidareutdanning i rus i psykiatrisk heimeteneste. Denne personen har også lang erfaring med å jobbe med rusmisbrukarar. Vedkomande har vorte ein viktig ressurs for heimetenesta i forhold til brukarar med rusproblem. Ofte tek psykiatritenesta ansvar for samtaleverksemd og oppfølging av eldre brukarar. Dei gir rettleiing til heimetenesta, og er med å vurdere vanskelege situasjonar. Minus er at tenesta er lite tilgjengeleg på kveld og helg. Likevel har det hendt at heimetenesta ringjer psykiatritenesta sine tilsette privat, i prekære situasjonar.

Heimehjelp i Fjorden har erfaring både med menn og kvinner som er rusmisbrukarar. Informanten er oppteken av få rikelig med informasjon om brukaren før ho reiser heim til vedkomande. Ho opplever at dette hjelper henne til å vite korleis ho skal gå inn - korleis ho skal gripe inn og takle utfordringar. Ho fortel at ho synest det er vanskeleg å finne balansen mellom kontroll og det å gi omsorg. Informanten opplever at det vert vanskeleg å utføre den jobben ho er sett til, dersom brukar er aggressiv grunna rus. Ho meiner at det er lang erfaring som gjer at ho taklar jobben sin. Dette hjelper henne til å handtere, og ho veit av lang erfaring korleis ho skal snakke til brukarar som er rusa. Informanten opplever sjølv at ho driv mykje med diplomati. Sjølv om ho kan verte oppgitt og irritert på rusa brukarar, er det å roe ned situasjonen viktig for henne. Sjølv om ein er sint, må ein på same tid prate roleg. Dette med å vere diplomat og det å innpasse seg etter brukars humør og dagsform, er noko fleire av informantane fortel om.

Lien

Leiar i Lien fortel at det er ein del rusmisbruk blant eldre brukarar i hennar sone. Ho kan heller ikkje talfeste omfang, men fortel at der er ein del- både kvinner og menn. Det er dei tradisjonelle alkoholikarane som du har sett ute i bybilette som no har blitt gamle, og ho fortel også at det er ein del damer som er avhengige av legale rusmiddel- medikament- gjerne kombinert med vindriking. Her kjenner ein igjen mønsteret frå den andre byen, Staden, der ein også ser denne todelinga av menn og kvinner. Informanten fortel at heimetenesta vert

kopla inn når desse damene begynne å verte ukritisk- det kan vere "litt penare damer" som informanten kallar dei, som byrjar å oppføre seg ukritisk på bussen eller liknande. Den aktuelle heimetenesesonen i Lien, er også verksemda med storparten av dei kommunale bustadane i kommunen. Dette medfører difor god kjennskap til, og dagleg kontakt med personar som slit med rusmisbruk. Mange av dei som får tildelt kommunal bustad, både yngre og eldre personar, slit både med rus og psykiatri. I tillegg driv denne sona rustiltaka i kommunen, noko som gjer at rusproblematikk er eit dagleg tema. Leiar fortel at for ein del av dei som er verst stilt, som kombinerer medikament og alkohol, er hjelpebehovet omfattande. Ein del utviklar alkoholdemens- demens som er misbruksrelatert, og det er klart at dei vert meir hjelpetrengjande enn mange andre. I tillegg har mange brukt opp familie og nettverk gjennom mange års rusmisbruk, og familien har på ein måte gitt opp. Såleis kan det sjåast ut som at heimetenesta vert ståande igjen nokså åleine med denne brukargruppa. Fleire av informantane fortel om at dei eldre ikkje er målgruppe for rusbehandlingsinstitusjonane. I tillegg har kommunal rus og psykiatriteneste stor pågang av brukarar, noko som kan gjere at yngre og eldre brukarar må kjempe om knappe ressursar.

Heimesjukepleiar i Lien tenkjer at brukarar som er rusavhengige treng hjelp på lik linje med andre innbyggjarar. Dei kan trenge kortare eller lengre periodar med pleie og omsorg, dei kan ha diabetes, ha eit sår eller ha hatt eit fall. Heimesjukepleiaren opplever at dei som er rusavhengige ikkje er annleis enn dei som ikkje er rusavhengige, men at ein likevel kan oppleve andre utfordringar hjå brukargruppa. Dei har sjølvstilt individuelle behov og åtferd, men informanten fortel at det kan vere vanskeleg å gå til nokre av desse brukarane;

"Uansett kor pent og pynteleg du oppføre deg når du er der, visst ikkje dei får det akkurat sånn som dei vil, så får dei kome med beskuldingar mot deg i etterkant- som du ikkje har moglegheit til å tilbakevise, og vi ser også dette her med at dei manipulera oss, sette oss opp mot kvarandre". (heimesjukepleiar Lien)

Beskuldingane handlar ofte om medikament, at heimetenesta skal ha gløymt å fylle opp dosett visse dagar, eller at det manglar pillar. Informanten fortel vidare at brukar kan verte sint dersom ho vil sjekke dosetten til vedkomande. Dei som er medikamentavhengige prøvar seg heile tida for å få meir, og dei har av og til kanskje "brukt opp" legen sin. Brukarar som misbrukar pillar er ofte utspekulerte, og nyttar naboar eller kjente til å hente ut reseptar og pillar til dei. Både i Staden og Lien høyrer eg om legar som ukritisk skriv ut medikament

sjølv om dei veit at brukar har eit misbruksproblem. Heimesjukepleiar i Lien fortel at nokre av brukarane som rusar seg mykje/ofte skaper ein del utfordringar for heimetenesta i form av at dei lyg ein del og ikkje overheld avtalar;

”Mange av desse her e vel kanskje tatt frå bestemmelsesretten, men vi må gjere det i samråd med legen, fordi når det gjeld medikamenthandtering så er der ei lov som seier at det er legen som bestemmer. Vi er på ein måte legen sin hjelpar. Så vi kan ikkje, i prinsippet så kan ikkje vi styre dette slik som vi vil. Det er klart at dersom vi ringer legen,, så høyrer han veldig på kva vi seier då, sann at no er det mange som skal på ferie., men så oppdaga vi at nei, det er no ikkje ferie likevel, men det er veldig praktisk å få vekedose, skjønner du.. Men det er klart, det gjer noko med oss, at vi ikkje stola like mykje på dei i etterkant, og blir skeptisk på andre ting”.

(heimesjukepleiar Lien)

Det blir fortalt om brukarar som finn på allverdens unnskyldningar for å få tak i meir pillar. Slik som at vedkomande seier at han skal på ferie og difor treng dose for neste veke også.. Dette skaper vanskelege situasjonar for heimetenesta sine tilsette, der dei etiske spørsmåla og dilemma er mange. Ein kan tenkje seg at lyging og manipulering skaper eit dårleg grunnlag for tillit og for det å skape ein god relasjon mellom hjelpar og brukar. Det er ikkje enkelt å kome til vedkomande brukar når ein i utgangspunktet ikkje stoler på han eller henne. Samstundes har ein i mandat av å vere sjukepleiar og som forvaltar av offentleg teneste, ei plikt til å behandla alle brukara likt.

Heimehjelp i Lien fortel at ho har opplevd å kome heim til brukarar som ligg fulle på sofaen, at dei har gjort seg ut og sånne ting. Men ho har også opplevd at neste gong ho kjem til vedkomande, då er alt fint. Dette syner at det sjølvsagt er fleire aspekt av misbruket, at personen har gode og dårlege periodar. Heimehjelpa synest at dei fleste tar seg saman når ho først har kome inn i heimen deira;

”Dei kan sitte med pilsflaska si på bordet når vi er der, og oppføre seg kanskje veldig fint når vi kjem. Nokon er kanskje litt gladare enn vanlegvis, men då, men vi ser at dei heimane vi har kome inn i som er alkohol, men vi har kome inn og fått røska opp i ting som har gått føre seg i mange år, og det har begynt å fyllast opp med rot og stell. Men når vi har kome inn i husa eller heimane der, så synest eg at dei klarer å halde det

betre ved like, og veit at vi kjem og held seg edru mens vi er der, så det er veldig positivt". (heimhjelp Lien)

Informanten fortel også at det har hendt at brukar har sitte å sove når ho har kome inn, og at ho då vel å gå igjen. Heimehjelpa opplever ikkje at rusa brukarar påverkar jobben ho skal gjere. Ho fortel at ho løyser det med å jobb litt fortare, at ho berre gjer det som er naudsynt, dersom situasjonen tilseier det. Det kan vere når brukar har besøk av andre som er rusa; *"visst dei sitt med fest rundt bordet, då fer vi ikkje å vaskar mellom beina på dei for å sei det sann"*. Informanten seier at dette ikkje skjer ofte, som regel sit dei det gjelde med ei pils. *"Eg får gjort det eg skal, stort sett, og viss ikkje så tilpassa vi oss og kjem tilbake dagen etter og forskyv litt sånn at vi veit at det er greitt på dei plassane som vi har ansvar for"*. Dette med å tilpassa seg brukars form kjenner eg igjen frå Staden også;

"Ja, det er no, ligg dei no der og e fulle og alt sann, så kan eg ikkje seie at det er så koseleg å kome inn da, kan ikkje seie det.. For du vil no gjerne bli fort ferdig med det du skal, og så vere ferdig med det på ein måte. Men det blir mykje røl blant dei då, men du kan ikkje snakke med dei då. Begynne du å snakke med dei, så kan dei gjerne bli.., ja kanskje dei har lyst til å krangle eller.. ja, en kan lettare kome opp i ein krangel då, dersom dei er rusa då". (heimhjelp Staden)

Både heimesjukepleiar og heimhjelp løyser ofte utfordringar med å innpasse seg brukars dagsform og humør. Er det brukarar som ikkje orkar å bli stelt om morgonen grunna "hangover" (fyllesjuke), kjem heimetenesta igjen seinare på dag. Brukars ve og vel vert ivareteke så langt det er råd. Heimehjelp i Fjorden snakka likeeins om det å halde ut i jobben, og er oppteken av å få gjort det ho skal.

Dei mannlige og kvinnelege brukarane

I alle tre kommunane fortel informantane om ulike erfaringar med mannlige og kvinnelege rusmisbrukarar. Tendensen er som tidlegare nemnt at mennene er dei kjente alkoholikarane frå gatebilete, som har ei lang ruskarriere bak seg, og kvinnene er dei som vert oppdaga etter at dei har hatt eit fall eller som leiar i Lien seier det, begynner å oppføre seg ukritisk. Informantane fortel om ulike utfordringar og erfaringar i forhold til begge kjønn, og eg ynskjer å presentere eit utval for lesaren.

Heimesjukepleiar i Staden har mest kontakt og erfaring med eldre kvinner som rusar seg. Ho fortel at damene er opptekne av å skjule rusmisbruket sitt, at dei sitt i stolen sin og drikk for seg sjølv. Kvinnene gir heimetenesta andre utfordringar enn det mennene gjer. Når eg spør om utfordringar i Staden, rapporterer heimesjukepleiar om mange fall, at brukar ikkje er i stand til å bruke alarm, og at ein kan finne brukarar som har ligge heile natta på golvet. Ein har også funne kvinnelege brukarar som søv ut rusen i badekaret. Informantar frå alle tre kommunane syner til at brukarar som misbruker alkohol kan bli underernært, uttørka, vanskelege å stelle og krangleverne. Såleis er utfordringane mange. Når det gjeld kvinnelege brukarar med rusproblem, som då gjerne misbruker pillar kombinert med vin, er det som tidlegare nemnt, fleire av kvinnene som prøver å lure til seg meir pillar. Likeeins er kvinnene veldig medvetne på at dei vil skjule misbruket sitt.

”Mennene legg ikkje skjul på noko, der er det Vodkaflaska på bordet, og tablettane flyt og.., ja medan desse damene, dei held det skjult og gøyme tomgodset, gøyme det dei har, og tek seg saman når vi kjem, og dei veit kva tid vi kjem. Dei forsikrar seg om kva tid..”Du kjem ikkje meir i kveld?”. For då kan dei føle seg trygge på at dei kan ta fram flaska si igjen liksom, dei veit at vi ikkje kjem... det er litt sånn.”

(heimesjukepleiar Staden).

Den same heimesjukepleiaren opplever at det difor er vanskelegare å ta opp rusmisbruket med damene, på bakgrunn av at dei er så opptekne av å skjule det. Tabu og skam er stikkord som gjer det vanskeleg å handtere slike situasjonar.

Utifrå informantane sine utsegn, gjer ikkje dei fleste av mennene så mykje for å skjule sitt misbruk, medan kvinnene er opptekne av å dekke til, skjule og teie om sitt misbruk. Ein kan såleis sjå eit kjønnsmessig mønster knytt til misbruket. Psykiatrisk sjukepleiar i Fjorden har erfaring med både mannlige og kvinnelege rusmisbrukarar gjennom den psykiatriske tenesta i kommunen. Ho fortel at mennene som er alkoholisererte ”kjenningar” frå gatebilete, nok er den mest stigmatiserte gruppa, både når det gjeld blant folk flest- men også i velferdstenesta.

”Menn er betydeleg meir einsame, menn er også meir nedprioriterte, altså menn er meir motbydelege- dei spyr og sånt... Medan kvinner, i hvertfall erfaringar herifrå, altså dei eldre damene vi har med rusproblem har ein annan type problematikk- men

som er meir skambelagt. Men likevel, det er på ein måte, ein har- dei har likevel- kva skal eg seie- meir velvilje frå helsepersonell". (psykiatrisk sjukepleiar Fjorden).

Leiar i Lien fortel om sine erfaringar angåande denne gruppa av mannlige rusmisbrukarar;

"Men av dei som er usynleg(damene)- det er ikkje dei som er største problemet. Det er dei synlege som er vanskeleg å få plass til. Det er dei som er gamle kjente rusmisbrukarar i byen, som ingen vil ha. Det er der protestane kjem frå pårørande og sanne ting. Det var ikkje dei som dei pårørande tenkte ho mor skulle dele stove med, sant.. Det er der problematikken ligg, ikkje blant dei usynlige. Dei som allereie er stigmatisert og som er godt opp i åra, dei vil ikkje folk ha inn. Og der er det faktisk ein terskel både for tilsette på sjukeheimane og i forhold til pårørande". (leiar Lien).

Ein ser såleis at det er dei eldre mennene med langvarig alkoholmisbruk som kanskje er lengst nede på stigen når det gjeld prioritering og velvilje frå helsepersonell. Informanten fortel vidare at det verkar mykje lettare å argumentere overfor omgivnadane at det er behov for ein pille enn det er for alkohol, og det gjer at mange av damene ikkje misser nettverket sitt. Men informanten fortel om telefonar frå bekymra pårørande til kvinner med pilleproblem. Likevel erfarar ho at kvinnene ikkje blir møtt av den same avskyen og einsemda som dei alkoholisererte mennene.

Oppsummering

Gjennom å ha presentert empiri knytt til informantane sine forteljingar ser ein at deira yrkeskvardag i relasjon til eldre brukarar som er rusmisbrukarar byr på ulike erfaringar og utfordringar. Dei tre kommunane har ulikt omfang av rusmisbrukande brukarar, og informantane har ulike erfaringar anten det er i forhold til mannlege eller kvinnelege brukarar. Ein kan sjå tendensar til at denne brukargruppe skaper utryggheit blant nokre av informantane, og at dei ofte ikkje veit kva som møter dei når dei kjem heim til brukar. Informantane fortel om ein god del skjult misbruk, særleg blant kvinnelege brukarar. Kvinnene har ofte eit blandingsmisbruk, der vin og ulike medikament er ingrediensar. Kvinnene er opptekne av å skjule misbruket sitt, og tabu og skam er sentrale stikkord. Mennene har meir openlyse misbruksmønster, og vert av informantane betegna som ei

stigmatisert og nedprioritert gruppe. Mennene har lite eller ingen nettverk, og ofte vert heimetenesta ein av få etatar som tek vare på og gir omsorg til mennene.

Informantane gir inntrykk av at brukargruppa med rusproblem er ei særers ressurskrevjande gruppe, og at stor innsats i form av pleie og omsorg ofte gir kortvarige resultat. Heimetenesta har mange brukargrupper, og det kan virke som om dei eldre nokre gongar kjem til kort i forhold til yngre brukargrupper. Få av informantane hadde erfaring eller kunnskap om at eldre brukarar hadde fått tilbod om behandling for sine rusproblem. Fokus vert ofte retta mot dei helsemessige aspekta ved rusmisbruket, slik som ernæring, dehydrering, underernæring og skadar ved fall og liknande. Informantane ga uttrykk for at eldre er ei nedprioritert gruppe i behandlingsapparatet, og dermed vert ofte heimetenesta den instansen som vert ståande igjen med utfordringane.

Fleire av informantane fortel om usikkerheit i forhold til korleis dei skal handtere rusa brukarar, både på eit etisk og praktisk plan. Mange av informantane innpassar seg brukars dagsform, prøvar å roe ned situasjonar og fungerer ofte som ein diplomat. Fleire av informantane fortel at fleire av dei som misbrukar medikament ofte er manipulerande og lyg for å skaffe seg meir medikament. Dette svekkjer tillitsforhold mellom hjelpar og brukar, og gjer det vanskeleg å skape ein god relasjon. Informantane vert utfordra på å gjere vurderingar i her og no situasjonar, dei står ansikt til ansikt med brukarar som har det vanskeleg, og må fatte avgjersler om brukars ve og vel.

Nokre av informantane fortel at dei vel å løyse utfordrande situasjonar og brukarar med å arbeide litt fortare. Ein avgrensar til å gjere berre det ein må. Som leiar i ei av kommunane seier, skal ein ikkje finne seg i kva som helst. Men likevel har dei tilsette gjennom si stilling, plikt og ansvar for å utøve pleie og omsorg, med likebehandling og det å ivareta brukars autonomi, som viktige overordna prinsipp.

Når eg etter kvart fekk innblikk i heimetenesta sine mange erfaringar og utfordringar i forhold til eldre brukarar som misbruka rusmiddel, vart det spanande å høyre om kva organisering, kunnskap, forståing og intervensjonar heimetenesta har overfor denne brukargruppa. Forforståinga mi kring desse områda var påverka av den vesle forkinga som er gjort på område, og såleis prega av at dette må vere eit forsømt område. Informantane sine forteljingar skulle såleis langt på veg bekrefte denne forforståinga. Først vil eg presentere det som har

med organisering og planar å gjere. Informasjon under denne kategorien kjem i størst grad frå sone/verksemdsleiarar i dei ulike kommunane.

Planar og organisering

Ingen av dei tre kommunane har eigne planar for eldre brukarar som har rusproblem. Ruspolitiske handlingsplan i Fjorden og Lien korkje nemner eldre spesielt - eller utelukkar dei. Såleis er rusmisbruk ikkje spesifisert i forhold til ulike aldersgrupper. Leiar i Lien fortel at i denne kommunen er det foreslått bukollektiv for eldre i ruspolitisk handlingsplan. ”*For mange fungera det bra med vanleg sjukeheim eller bukollektiv, men det er nokre få som grunna sin oppførsel burde ha egne tiltak, men det er ikkje gjennomført*”.

Leiar i Fjorden kan fortelje at i denne kommunen er det planlagt å lage ein levekårsplan der ein tenkjer frå vogge til grav- det vil seie at ein har fokus på heile livsløpet. Leiar tenkjer at tematikken eldre og rus kanskje bør få eit eige kapittel i denne planen. Kommunen har ikkje særskilde retningsliner i forhold til eldre brukarar som er rusmisbrukarar, og dette kan forklarast med at brukarane er så forskjellige, både i forhold til korleis dei bur og kva type problem dei har. Dersom det verkar som det er alvorlege vanskar for ein brukar, så kan det vere at ein sender ein person for å prøve å snakke med vedkomande. Ein er vidare opptekne av kva heimhjelpene observerar ute hjå brukarane. Leiar fortel vidare om hyppigheit av samarbeid med psykiatrisk heimeteneste;

”Ja, det kan vere for dei alvorligaste, spesielt visst det er narkotiske stoff eller sånne ting, då er det ikkje så ofte vi sender heimesjukepleiarar. For vi ser at dette med kompetanse er veldig viktig. Litt alvorlege rusproblem og tyngre rusproblem, då er dei ofte ein god støttespelar, og er vel inne i dei fleste sakene egentlig. Men der er vel nokre saker som vi på en måte klare å få på rett kjøl med dei og dei tiltaka. Psykiatritenesta må ofte trekkje seg ut fordi dei ikkje har kapasitet, vi ser at dei (brukarane) fungerer greitt med eit anna opplegg. (leiar Fjorden)

Ein ser såleis at i Fjorden har ein ei velfungerande psykiatriteneste å støtte seg til. Likevel set knappe ressursar ei avgrensing for kor lenge tenesta kan fylgje opp ein brukar. Men heimetenesta utvekslar kunnskap og får rettleiing slik at dei føler seg meir kompetente og

trygge i forhold til rusa brukarar. Det å ha personar med kompetanse på område vert vurdert som særst nyttig. Også heimesjukeleiar i Fjorden trekkjer fram dette samarbeidet som noko verdifullt som har kome til i kommunen det siste året.

Staden, der det kan verke som at omfang av rusmisbruk er størst, er også den kommunen der det er minst samarbeid med andre tenester. Leiar eg snakka med i Staden, fortel at den einaste forma for samarbeid med andre etatar, er litt kontakt med psykiatritenesta i kommunen. Ho konstaterer at kommunen ikkje har noko særskilde tiltak, og seier at ho opplever at dette er noko som manglar. I og med at kommunen har plassert mange med rusproblem i same området vert den aktuelle sonen med brukarar som slit både med rus og psykiatri, ei stor utfordring for dei tilsette. Ho meiner at ein burde spreidd brukarane meir, og ho opplever det som ei uheldig organisering. Informanten fortel vidare at området står på dagsorden for endringar, at ein ser belastninga dei har i sonen. Ein ser at der må skje endringar, og det er planar om at bustadane vert gjort om til psykiatriske bustader med base. Leiar fortel om at dei tilsette mange gangar opplever arbeidet med rusa brukarar som utfordrande;

”Det er ofte sånn at dei føler seg utrygge då, i forhold til at det sitt så mange der, å av den typen kan du seie, høglytt kanskje og litt sann at dei kjeftar når dei kjem, og utrygge situasjonar då. Det har no hjelpe at vi har innført å gå to då, men likevel så er det ikkje.. dei synest no ikkje det er noko festleg å gå inn i sånne heimar. Men det er no ein jobb som vi må gjere.. Og vi har no av og til hatt rettleiing då, fått litt hjelp frå dei (psykiatritenesta) når det er blanding av rus og psykiatri, sann for å få litt råd og rettleiing frå dei om korleis vi skal forholde oss i enkelte situasjonar”. (leiar Staden)

Tilsette både i Staden, Lien og Fjorden, løyser mange utfordringar med å gå to og to. Dette skaper tryggleik i å gjennomføre arbeidet hjå mange av brukarane. Leiar i Staden gir uttrykk for at dei tilsette ikkje synest det er noko kjekt å gå til nokre av brukarane, og det vitnar om at det til tider er relativt tøft å gjennomføre besøk til brukarar. Når eg spør leiar i Staden om dei har noko rusteam i kommunen, og om dei samarbeidar med desse, fortel ho at dei ikkje har hatt noko samarbeid. Leiar tenkjer at det kunne kanskje vore bra å fått dei meir på banen. Heimehjelp i Staden har jobba i heimetenesta i mange år, og fortel at ho har hatt samarbeid med rusteam tidlegare. Rusteamet hadde ein såkalla base i området med kommunale bustader. Informanten fortel om positive opplevingar knytt til denne ressursen;

”Så det var så godt på en måte, å få nokon som forstod oss.., at no har han behov for det og det liksom, for på ein måte vart vi høyrte. Det synest eg var litt kjekt ja. For at vi har jobba så lenge i miljøet, med reinhald og sånne ting, at kva skal eg seie..og det er ikkje så lett for heimesjukepleiarane som er inne her kanskje berre ei kort stund. Eg har vore så lenge opp i det miljøet der, at liksom når vi har ringt og snakka med dei om noko , så forsto ikkje dei oss på same måten som når vi snakka med han i rusteamet .” (heimehjelp Staden)

Eg tenkjer at utsegna til informantene syner kor tiltrengt behovet for kompetansepersonar er i kommunen. Informantene fortel at i dag har dei ikkje noko samarbeid med rusteam, fordi dette har flytta til eit anna geografisk område i kommunen. Ho fortel at dei *kan* ringe teamet, men at det ikkje skjer så ofte no som når dei var i miljøet.

Medan det er lite tverrfagleg arbeid i Staden, kan leiar i Lien fortelje om eit velfungerande tverrfagleg samarbeid kring brukarar med rusmisbruk. Heimesjukepleia er slått saman med andre tenester, blant anna rus og teneste for psykisk utviklingshemma. I tillegg har denne heimetenesona også ein del av rustiltaka i kommunen. Leiar syner til at samarbeid gjennom mange år har gjort at tilsette i heimesjukepleia taklar utfordringane knytt til rus på ein heilt anna måte enn tidlegare. Leiar trur at det går på at ein har klart å avmystifisere og gi kvarandre den støtte og rettleiing som trengst. Som informantene seier;

”Tverrfagleg samarbeid er eit clue!. Og vi kan hente det innanfor same verksemda. Der er som ei lokal samhandlingsreform faktisk. Det å vri fokus frå at dette er noko andre har noko med, til at dette har vi noko å gjere med alle saman. Kva tid skal vi bry oss, og kva skal vi bry oss med. Kva er våra jobb og kva er det ikkje.”(leiar Lien)

Leiar i Lien er oppteken av å få supplerande perspektiv til det helsefaglege inn i eldreomsorga. Sjølv sagt er det som ho seier det helsefaglege oppgåvene som er mest av, men med stadig nye brukargrupper og med mange brukarar som slit med rus og psykiatri, er det viktig å sjå meir heilskapleg på brukaren.

Oppsummerande kan ein kort seie at eldre med rusproblem ikkje er utskild som ei eiga gruppe i forhold til planar og retningsliner. Vidare ser ein at psykiatritenesta er den etaten som det er mest vanleg å samarbeide med. I Fjorden har auka satsing og eldsjeler i psykiatrisk

heimeteneste gitt tilsette i heimetenesta verdifull kompetase og ei haldningsendring i forhold til å jobbe med eldre som er rusmisbrukarar. I Staden, som kanskje har størst omfang av eldre brukarar med rusproblem, er samarbeidet med andre instansar avgrensa til råd og rettleiing frå psykiatritenesta i dei mest kompliserte sakene. I Lien syner leiar til eit velfungerande tverrfagleg samarbeid, og seier at dette er eit clue. Ho meiner at ein må få supplerande perspektiv til det helsefaglege inn i eldreomsorga, og syner også til at det er viktig å avklare roller og ansvarsområde innan dei einskilde tenestene. Det kjem tydeleg fram i intervju i alle dei tre kommunane at det sikkert burde satsast meir på å bygge opp kunnskap og kompetanse på tematikken eldre og rus. Likevel opplever informantane at dei taklar utfordringane ved hjelp av ulike meistringsstrategiar. Vidare vil eg no i neste kapittel presentere funn nettopp i forhold til ressursar og kunnskap i forhold til eldre og rus.

Kunnskap og ressursar

Ei brukargruppe som er ressurskrevjande

Når eg spør informantane mine om utfordringar som dei opplever i møte med rusmisbrukande brukarar, vert det ved fleire høve synt til ressursbruken denne brukargruppa krevjar. Talet på eldre rusmisbrukarar er kanskje ikkje så stort, men dei det gjeld krev mykje tid og ressursar. Heimesjukepleiar i Fjorden fortel;

”Ja, korleis det påverka.., ja eg tenker vi har spesielt ein då, vi brukte så mykje energi å, og brukte så mykje tid då, for å liksom få han opp igjen. Og så gjekk det kanskje ei veke og så var det på att igjen. Då skulle vi kanskje vere der å hjelpe han og vaske han og tørke opp igjen, og det blir på ein måte litt oppgitt inne i deg sjølv då.. Og du tenke at der er så mange andre også som trengje hjelp, og du – kvifor gjer du dette her..? og kvifor.., du blir på en måte litt sann sure og sinte på han også då, sjølv om du forstår at det er vanskeleg for han, at det er eit problem for han då. Sann at du., det virka som at - å nei, no er det på att igjen. .eg veit ikkje om eg orkar å begynne på att igjen, og begynne å styre og,” Er det ikkje nokon andre som kan gjere noko, ikkje sant...”
(heimesjukepleiar Fjorden).

Informanten fortel vidare at slike situasjonar vert diskutert i gruppa. Alle er medvetne på prinsippet om å behandle alle likt, men dette kan vere vanskeleg til tider. Informanten trekkjer linje til at det er andre brukargrupper som treng hjelpa minst like mykje. Kanskje er neste brukar ein skal besøkje eit lite barn eller ein døyande kreftpasient. Dette skaper perspektiv og samanlikningsgrunnlag mellom fleire sårbare brukargrupper som kvar for seg har store hjelpebehov. I studien til Carlström og Westman (2005) vert det vist til at tilsette i heimetenesta hadde forutinntatte meiningar i forhold til brukarar som rusar seg, at mange meina at det var brukars eiga skuld at han eller ho fekk det vanskeleg. Sjølvforskyldt rusmisbruk kan difor verte eit argument for å nedprioritere det å gi behandling.

Brukarar med rusmisbruk har ofte fleire andre vanskar i tillegg, og vert difor ei ressurskrevjande brukargruppe. Sidan rammer i forhold til tidsbruk og ressursar ofte er knappe, kan brukarane som slit med rusproblematikk kome til å bruke opp mykje av hjelparen si dyrebare tid. I tillegg til rammene av ressursar i form av tid, er kunnskap ein annan viktig ressurs i møte med brukarane. Forforståinga mi var prega av at det kanskje var mangel på kunnskap om tematikken eldre og rus, utifrå eksisterande forskning og litteratur eg har sett meg inn i få førehand. Langt på veg skulle denne forforståinga stemme.

Ingen her som har anna kunnskap enn erfaring.

Som nemnt er det i Staden det verkar som at talet på brukarar med rusmisbruk er størst, og også den byen der samarbeidet med andre etatar er minst. Heimesjukepleiar fortel; *"Det er lite kompetanse veit du, vi kan egentlig ikkje så mykje om det for å sei det sann. For vi har egentlig den somatiske delen, og så ja, vi har no psykiatrisk heimeteneste då, men dei er ikkje så enkelt å få inn til desse som er gamle då, dei er no meir mot yngre igjen då"*. Såleis opplever nok informantane i Staden at dei vert ståande igjen ganske åleine når det gjeld å handtere eldre brukarar med rusproblem. I tillegg kan ein av utsegna forstå at ho ikkje opplever at det eigentleg er heimetenesta sitt ansvar å drive med rusomsorg. Dette kan vitne om at det kanskje er manglande ansvarsdeling knytt til eldre rusmisbrukarar. Særleg kveld og helg vert trekt fram som utfordrande; *"Det er no på kveldane at det skjer det der, at det skulle gjerne vore noko, vi er no åleine på kveld ja.."*. Informanten fortel vidare; *"Ja, det er kveld og helg og vi oppdagar det no ofte ikkje før om morgonen, for vi ser no, vi forstår no korleis kvelden må ha vore, så det er veldig mykje ja."*

Heimesjukepleiar i Lien fortel også om det å stå åleine kveld og helg;

”Vi har sikkert mange som kan hjelpe oss, men det eg opplever er at på dagtid er det greitt, men vi oppleve gjerne dette på kveld og helg,, og då er alle andre etatar stengde. Så det er vi som står igjen med det. Eg synest heller ikkje at vi har så god hjelp frå legevakta når det er sanne ting. Så vi ser veldig ofte at vi til og med ikkje blir oppringt frå legevakta. Å då står vi der ganske åleine, å det med å ha tryggleik til å ta avgjersler åleine..at nei, den situasjonen går vi ikkje inn i no.. eller fordi du er utrygg i situasjonen. Så eg synest at beredskapen ikkje er sånn kjempegod. Men innad i gruppa her så er det veldig mykje støtte og hjelp i kvarandre. For der er det aldri noko problem med støtte og hjelp frå kollega, der støttar vi fullt ut og hjelper kvarandre. Den tryggheta har vi, og den kan vere nok der og då, for å seie det sann”.

Trass i at heimetenesta i Lien har eit velfungerande tverrfagleg samarbeid med andre etatar, ser ein at kveld og helg byr på utfordringar. Igjen og igjen trekkjer informantane mine fram dette med å støtte seg på kollegaer. Å gå to ilag løyser mange av vanskanne dei møter på. Dette vitnar om at fellesskapet innad i heimetenestesonene verkar som eit sikkerheitsnett. Det er også i den nære kollegagruppa ein drøftar episodar ein har opplevd med brukarar, det er i dei nære kollegagruppene ein hentar råd og hjelp. Eg opplever gjennom utsegn som informantane kjem med, at det er ein del av dei som ikkje føler at dei *eigentlich* har ansvar for dette med rusproblematikken. Likevel vil det vere dei som oftast møter brukaren, ikkje legen eller psykiatrien. Heimetenesta sine tilsette møter brukarane ansikt til ansikt, og kan ikkje lukke auga for det dei ser. Dei må, anten dei vil eller ikkje, gripe fatt i her og no situasjonar dei møter ute i heimane;

”Nei, det er no synd fordi dei har no vedtak ikkje sant, for at vi skal gjere.., altså vi er inne for å bytte ein dosett, og så oppdagar du ting..Men du må no ta tak i det liksom. vi er no, vi kan ikkje berre lukke auga og bytte dosetten liksom. Vi må no berre følgje opp for det, følgje opp vidare på ein eller annan måte.” (heimesjukepleiar Staden).

Heimesjukepleiar i Staden seier vidare dette i forbindelse med spørsmål om kunnskap og kompetanse;

”Det er lite kompetanse veit du, vi kan egentlig ikkje så mykje om det for å seie det sann, for vi har egentlig den somatiske delen. Og så har vi psykiatrisk heimeteneste då, men dei er ikkje så enkelt å få dei til å gå til desse som er gamle då, dei er no meir mot dei yngre igjen”. Ja, dei seier at dei føle liksom at dei ikkje kan nå dei. Altså, kva kan vi gjere?” (heimesjukepleiar Staden)

Informanten gir uttrykk for at ho meiner at det ikkje er heimetenesta som skal ha ansvar for denne gruppa av eldre brukarar med rusproblematikk. Ein ser at ho har fokus retta mot somatikken, at det er dette som egentlig er hennar jobb. Eg kan ane at det eksisterar gråsoner mellom ansvarsområde i ulike kommunale etatar innanfor dei kommunale tenestene, i og med at informanten seier dette. Likevel verkar det som om det er heimetenesta som vert sittande igjen med ansvaret for dei eldre brukarane som rusar seg. Psykiatrien er ein samarbeidspart i alle dei tre kommunane, men det kan verke som det særleg i Staden er lite reelt samarbeid. Det kan også sjåast trekk av dette i dei to andre kommunane, det at tenester som skal hjelpe brukarar med rus og psykiatriproblematikk har tendens til å gløyme litt dei eldre. Psykiatrisk heimesjukepleiar i Fjorden fortel at det er lett å gløyme det å skolere tilsette i heimetenesta om rus, fordi ein er så opptekne av dei unge narkomane. Slik eg ser det, vert dei eldre ofte vurdert i forhold til ”konkurrerende” brukargrupper. Det verkar utifrå nokre av informantane sine opplevingar, at dei eldre er mindre prioritert enn yngre brukarar med rus og psykiatriproblematikk. Det verkar difor som om dei tilsette i heimetenesta står igjen med mykje av arbeidet og utfordringar knytt til eldre brukarar med rusmisbruk. Eg ser at dei tilsette i heimetenesta driv ei slags skjult rusomsorg for brukarane sine. Ein møter brukar ansikt til ansikt og vert bevega av umiddelbare situasjonar ein ikkje berre kan rømme ifrå. Spørsmålet er korleis ein handterer desse utfordringane og situasjonane, når ein ofte manglar kunnskap og erfaring knytt til rusmisbruk.

Leiar i Lien fortel om mange henvendingar frå tilsette angående brukarar som er rusmisbrukarar. Rapportar og møte er stadar der leiar får ulike problemstillingar frå dei tilsette. Heimetenesta manglar kompetanse på området rus, og leiaren stiller opp med rettleiing på korleis ein kan handtere ulike situasjonar. Rusmisbrukarar har ofte variabelt humør, og det å tåle å stå i situasjonar- det å bli utskjelt- eller dette med *”kan ikkje du kjøpe eit eller anna..?”*, skaper mange vanskelege situasjonar for heimesjukepleie og heimhjelpstenesta. Leiar i Lien er oppteken av at ein burde få meir sosialfagleg utdanna personar inn i forhold til rusmisbrukarane; *”Heimesjukepleia er dominert av helsefagleg*

utdanna, det er helsefag som dominera behova, men for å dekke nettopp desse avskuggingane som vi møter, så treng vi både helse- og sosialfag. Ein må sjå nyansert på ein brukar”.

Informanten fortel vidare at ho er oppteken av å minne dei tilsette i heimetenesta om at alle brukarane har dei same rettane, uansett korleis vedkomande brukar måtte oppføre seg. I St. meld. Nr. 25 (2005-2006:9) kan eg finne informasjon som byggjer opp under det leiar i Fjorden seier. Her (ibid) kjem det fram at det er gjort ei rekkje undersøkingar som tyder på at det er på det sosiale og kulturelle område dagens kommunale omsorgsteneste kjem til kort. Auke i talet på nye brukarar og mangel på sosial og kulturell aktivitet, illustrerer etter kvart at dagens omsorgsteneste er meir enn pleie og omsorg. Informantane sine utsegn tyder på at kunnskap og handling knytt til rusproblematikk blant eldre også illustrerer ein mangel ved dagens tenestetilbod.

Leiar i Lien er oppteken av det som har med rusmisbrukarane sine rettigheter å gjere. Eg forstår på informanten at ho tenkjer det er lett for at ein kan stå i fare for å stigmatisere denne gruppa av brukarar. Det kan opplevast meiningslaust å skulle bruke mykje ressursar på eldre rusmisbrukarar som ein veit kjem til å hamne på galeien igjen. Likeeins er spesielt dei eldre mennene som er alkoholikarar ei stempla gruppe frå bybiletet. Det er fort gjort å gløyme personen bak misbruket.

Heimehjelp i Staden fortel at lang erfaring er ei hjelp i kvardagen, til dømes i situasjonar som dette;

”Eg føler no at eg taklar det godt da, ikkje sant, for eg har jobba så lenge med det ikkje sant. Du taklar dei fleste oppi der (området med kommunale bustadar), du veit liksom korleis du skal snakke til dei. Ikkje sant, du kan ikkje.., du vil heller høyre kva dei har å seie først, når du begynner å høyre etter... Du veit ikkje korleis du skal gå fram med dei på ein måte. Og så er det vel egentlig at det blir eit problem ja, visst dei går fysisk laus på deg., men det har dei ikkje gjort då. Men det kan bli sann at vi får mykje stygge kommentara ikkje sant. Slike ting som går på oss personleg, og bannskap og sanne ting. Men det må vi no berre prøve å sile ut, ikkje sant..ja, prøve å roe situasjonen. Og det er no enkelte, dersom dei er i dårleg form, at dei ikkje vil bli stelt. Det kan no vere eit problem sjølvst, at det blir for mange dagar utan stell rett og slett, fordi dei er for fyllesjuka, eller kva eg skal seie..for rusa til at dei orkar å bli stelt då. Du kan no egentlig ikkje gjere så mykje utan at det har gått for mange dagar då,

då må vi sjølvsagt ta affære, for dei kan no ikkje ligge våte for lenge". (heimhjelp Staden)

Ein ser at etiske og praktiske utfordringar pregar møte med brukarane. Eg får ei forståing av at dei eldre med rusproblem kanskje vert tilbodne ei mangelfull teneste så lenge ein ikkje har avklara ansvarsområde, kven som skal gjere kva. Dette kan vere resultat av det manglande tverrfaglege samarbeidet, som Lien og Fjorden har fått til. Både heimesjukepleiar og heimhjelp i Staden trekkjer fram det med erfaringar som særst viktig i forhold til å handtere dei utfordrande situasjonane. Begge informantane har lang fartstid i heimetenesta, og fortel at dette er med på å gjere dei trygge i arbeidet. Det å tilpasse seg brukars form og dagsrytme ser ut til å vere ein måte å løyse utfordringar knytt til rusen på. Det å få gjort det ein skal, verkar å vere viktig for informantane. Oppgåver som skal gjerast på bakgrunn av eit vedtak vert gjennomført så langt det let seg gjere.

Informantane i Lien og Fjorden trekkjer også dette med den erfaringsbaserte kunnskapen som viktig. Heimesjukepleiar i Fjorden fortel at erfaring og livserfaring gjer henne trygg. Ho trur også at det er annleis når du er 20 år enn 40, at ein ikkje har så lett for å stemple dei eldre då. Det å ha erfaring gjer at ein er tryggare når det gjeld å handle i vanskelege situasjonar. Det kan handle om å ta avgjersler kring om det er naudsynt å kontakte lege eller andre instansar. Det kan også handle om at ein då lettare, på bakgrunn av liknande erfaringar, kan vurdere om det er tidsnok å kontakte andre dagen etter. Det er mange utfordringar knytt til det å stå ansikt til ansikt med ein rusa brukar. Fleire av informantane er også inne hjå yngre brukarar med rus og psykiatriproblematikk, men her synest det som om informantane synest det er mykje vanskelegare. Det er fleire som syner til at dei likar best å vere hjå dei eldre. Desse er enklare å takle trass i omfattande rusmisbruk. I tillegg er nok andre tenester både i 1 og 2. linje tenesta meir inne i forhold til dei yngre.

Materialet så langt syner at heimetenesta er den instansen som står igjen med mange utfordringar knytt til eldre brukarar som rusar seg. Til tross for dette er fagleg kunnskap om eldre og rus omtrent fråværande. Det er erfaringsbasert kunnskap som vert trekt fram frå informantane sine forteljingar. Heimesjukepleiar i Fjorden fortel at ho hadde undervisning om rus på sjukepleiehøgskulen. Leiar i Fjorden syner i tillegg til at heimetenesta har temadagar der dette med rus har vore eit av fleire tema. Men når eg spør om eldre og rus er oppe som

eige tema, svarar heimesjukepleiar i Fjorden at det er eit ikkje-tema. Også psykiatrisk sjukepleiar seier at det er ein fráværande tematikk;

”Eg tenkjer at det er bra at du tek det opp, fordi eg tenkjer at eg som burde ta det opp, altså eg lever i det i kvardagen og reflekterer ikkje over at eg burde bidra til at personalet i heimesjukepleia burde skolerast på det. Fordi vi er så opptekne av dei unge narkomane, ikkje sant..., så det er heilt klart at det er heilt fráværande. Og vi har svikta alle saman på det område. Og det er trist for det er ei gruppe som er veksande”.
(psykiatrisk sjukepleiar Fjorden)

Informanten, som i følge dei andre informantane frå denne kommunen har vore ein enorm ressursperson i kommunen i forhold til rusarbeid, er dermed veldig klar på at ulike brukargrupper konkurrerer om kompetanse og intervensjon. Det vil nok vere naturleg å fokusere på dei unge, fordi dei har livet framføre seg, men problema er likevel reelle og høgst tilstade for dei eldre det gjeld.. Eg ser at heimetenesta ikkje har ein enkel jobb i å fordele ressursar og tilbod til brukarane sine, og eg tenkjer gjennom informasjonsmaterialet mitt, at dei eldre dessverre blir ein salderingspost, sett litt på spissen. Dei fleste av informantane er einige om at det er svært lite kunnskap på området. Likevel føler mange av dei at dei meistrar jobben sin, og at rusa brukarar ikkje står i vegen for å utføre arbeidet. Dette er eit interessant moment, i det ein kanskje skulle tru at så mangelfull kunnskap på eit område kunne skape store vanskar for dei tilsette i å utføre arbeidet sitt.

Funnet samsvarar med Carlström og Westman (2005:22), som også finn at informantane ikkje synest at det er naudsynt med spesiell kunnskap om rus for å hjelpe dei eldre rusmisbrukarane. Her vert det argumentert med at informanten meiner at alle skal bli behandla likt, og det at erfaring, medmenneskelegheit og sunn fornuft vert rekna som tilstrekkelig og det viktigaste. Men sjølvstapt var det også i denne studien (ibid) informantar som meinte at meir kunnskap hadde vore naudsynt og bra. Eg tenkjer at det kanskje handlar om kva oppfatning dei tilsette har av kva som er deira ansvarsområde, og at informantane kan ha ulike referansar på kva det vil seie å meistre jobben. I Carlström og Westman (ibid:23) sin studie poengterer ein av informantane at dei arbeider utifrå eit vedtak fatta på bakgrunn av faglege vurderingar gjort av kommunen sine folk. Dette kan indikere at tilsette kanskje vel å oversjå brukars misbruk, halde fast ved klart definerte og vedtekne arbeidsoppgåver. Også i Tibell (2002) si studie finn eg eit moment som samsvarar med dei andre studia. Her kom det

tydeleg fram at dei tilsette såg på sitt yrke som praktisk arbeid, ikkje som førebyggjande behandlingsarbeid. Informantane i studien opplevde ikkje at arbeidsoppgåvene deira kunne koplast til rusomsorg. Kanskje er det nettopp dette momentet som fargar mine informantar sine svar i forhold til det å meistre arbeidet med rusmisbrukande brukarar?, det at dei ikkje ser det som sin eigentlige jobb- det å drive med rusomsorg.

Leiar i Fjorden syner til at det heilt sikkert skulle ha vore meir av kompetansebygging knytt til eldre og rus. Når eg spør informantane mine om dei har hatt temadagar, kurs eller liknande for å lære meir om eldre og rus, syner det seg å vere lite av dette. Heimesjukepleiar i Staden har vore på kurs der ho fekk lære om rus og demens. Også i Lien har ein arrangert kurs i samarbeid med kompetansesenter for rus. Her var det stor interesse for det første kurset, men mindre når det gjaldt oppfølgingskurs. Kan dette vitne om manglande interesse frå dei tilsette? I Fjorden fortel leiar om temadagar der ein psykolog underviser om ulike tema, der rus har vore eit av fleire tema. Elles er det ikkje organisert noko eigne fora der tematikken er oppe. Rapportane vert nytta til å ta opp aktuelle problemstillingar, og det å nytte kollegaer si kompetanse og erfaring er ein vanleg og naturleg måte å løyse utfordringar på. Fleire av informantane trekkjer fram viktigheita av eit godt kollegafelleskap, der ein er flinke til å støtte og hjelpe kvarandre.

Oppsummering

Gjennom intervju med informantane dannar det seg eit bilete av at det er svært avgrensa kunnskap om tematikken eldre og rus, og om rus generelt i dei tre kommunane. Det er lite kursing og fagleg oppgradering som handlar om eldre og rus, og leiarane i alle dei tre kommunane er opptekne av at det er viktig å få meir kunnskap knytt til temaet. Det ser ut til at det er den faglege kunnskapen det er mangel på, men fleire av informantane trekkjer fram at lang erfaring kompenserar for manglande fagleg/ teoretisk kunnskap. Det vert vidare eit interessant funn, det at informantane til tross for manglande kunnskap, opplever å meistre mange situasjonar og utfordringar med rusa brukarar. Ein skulle tru at den manglande kunnskapen ville gjere dei tilsette famlande og usikre, men fleire av informantane gir uttrykk for at dei får gjort det dei skal. Informantane dannar eit bilete av at eldre som slit med rusmisbruk er ei ressurskrevjande gruppe, og at det dukkar opp mange utfordrande situasjonar der dei tilsette må ta avgjersler om kva som skal skje vidare med ein brukar. Lang erfaring, og

det å søkje råd og rettleiing hjå kollegaer er ein vanleg måte å løyse utfordringane på. Likeeins veit vi frå tidlegare kapittel at psykiatriteneste og tilsette med utdanning innan rus, sit inne med kompetanse som kan vere ein hjelpande ressurs.

Det siste området eg vil presentere som omfattar praksis, er intervensjon. Korleis handlar dei tilsette overfor eldre rusmisbrukande brukarar? Kva gjer ein dersom ein mistenkjer misbruk, eller om ein avdekkjer dette? Og kva gjer ein i situasjonar der brukar ikkje greier å ta hand om seg sjølv lenger?

Intervensjon

Som eg allereie har presentert tidlegare i teksten, har informantane dagleg eller vekentlig kontakt med eldre som er rusmisbrukarar. Mange av informantane gir meg som tidlegare nemnt, eit inntrykk av at dei til tider ikkje føler at det er deira ansvar å intervenere i forhold til rusproblematikk. Eit anna spørsmål er om informantane synest at behandling er naudsynt. Når eg spør leiar i Staden om kva dei gjer dersom dei mistenkjer rusmisbruk, svarar ho følgjande;

” Eg veit ikkje om vi gjer så mykje. Eg trur på ein måte at vi godtek at dei tek den vinen sin. Men altså, vi kjem no inn med tiltak dersom det er behov for det då i forhold til fall og stell og ernæring. Vi prøve no å passe på dei altså, men vi kan ikkje begynne å snu opp ned på livet til ein 80-90 åring som sitt og drikk rødvín, det er vanskelig... ”.(leiar Staden)

Leiar i Staden gir såleis eit ganske klart inntrykk av korleis hennar ståstad er til eldre og behandling. Eg tenkjer at også andre informantar sine utsegn knytt til det å intervenere, vitnar om liknande haldningar. Heimesjukepleiar i Staden meiner at dei eldre som rusar seg berre må få lov til å gjere det, og at heimetenesta får prøve å hjelpe dei med følgjene av det;

”Nei altså, vi kan ikkje nekte dei å kjøpe alkohol, vi kan ikkje ta frå dei noko i heimen. Så om dei drikk seg frå sans og samling og dei ligg der uttissa, så må vi berre få dei i dusjen. Men vi har ikkje lov til å ta dei ut, eller vi kan no prøve å gøyme vekk lite

grann og prøve å snakke med dei om det å prøve å sann, men ja..”. (heimesjukepleiar Staden)

Informanten fortel vidare at dei er i mange situasjonar der dei ser at noko føregjeng, men at dei ikkje kan gjere så mykje fordi dei er i heimen til brukar. Det går fram av materialet at desse synspunkta også kan forklarast med kva ansvarsområde heimetenesta har, og at det heile tida er gråsoner og uklare roller opp mot andre etatar. Tradisjonelt har heimetenesta vore dominert av helsefaglege oppgåver, og rusproblematikk har vel ofte vore definert meir som eit sosialfagleg arbeidsområde. I Herring og Thom (1997b:243) vert det synt til at det i Storbritannia er fleire område der roller og ansvarsområde for ulike profesjonsgrupper er uklare og gjenstand for debatt og usemje. Grenseoppgangen for kva tid helseproblem vert sosiale problem og omvendt, er viktig for tilbod og etterspørsel av helse- og sosialtenester, fordi kostnadane kjem med ansvaret. Eg tenkjer at dei britiske tilhøva kan likne norske tilhøve når det gjeld uklare grenseoppgangar mellom kommunale etatar. Utifrå det mine informantar fortel, kan ein sjå tendensar til det same her til lands. I tillegg tenkjer eg at informantane sine utsegn vitnar om at det i mange høve oppstår situasjonar og utfordringar dei tilsette verken har kunnskapar eller ressursar til å ta ansvar for.

Spørsmålet om behandling eller ikkje er eit interessant område, ikkje berre når det gjeld rolle og ansvarsavklaring, men også fordi det seier mykje om holdninga til dei eldre, og om forståing og holdning knytt til rusmisbruk. Heimehjelp i Lien fortel følgjande når eg spør om ho har inntrykk av, eller tenkjer at dei eldre skulle fått tilbod om for eksempel avrusing;

” Nei, det har eg ikkje tenkt på, for dei har så mange andre plager, det er mange som de er berre så vidt dei klare å gå. Så det, det ser eg ikkje poenget i, for eg meiner det har kome så langt. Og eg meiner at dersom det ikkje er eit kjempestort problem, dersom det ikkje er så ille at dei ligge kun i senga, og ja, men det begrensar seg, kvar dei får tak i det (alkohol/medikament) ikkje sant, så eg synest at dei må få leve slik som dei har gjort, syns eg då”. (heimehjelp i Lien)

Heimehjelp i Staden har eit litt anna utgangspunkt for det med behandling av eldre brukarar. Når eg spør henne kva ho gjer dersom ho ser at det ikkje går så bra med ein brukar, svarar ho følgjande;

”Det er ikkje enkelt, du gjer no det du kan då, for sann eigentlig ja.. ringe no rundt eventuelt. Det må no bli heimetenesta først då, ho sjefen, at vi ringe til ho. Ho må no prøve å gå vidare. Og så er det no eventuelt å få dei inn på, dei er no eldre, korttidsopphald, som på ein måte feita dei opp litt. At dei kjem seg ut av miljøet dei er i, eller om dei ikkje er i eit miljø, ja det kan no vere enkelte kanskje som begynne å drikke fordi dei er åleine, for dei er einsame”. (heimhjelp Staden)

Spørsmål knytt til intervensjon i forhold til eldre sitt rusmisbruk, syner at fleire av dei tilsette ikkje tenkjer at den eldre skal til behandling. Fokus vert ved fleire høve retta mot at den eldre har andre plager som kanskje er like viktig å ha fokus på. Aldersfaktoren ved sida av andre komplekse vanskar, ser ut til å vege tungt når det vert argumentert for at det ikkje er naudsynt med behandling. Dette samsvarar med Carlström og Westman (2005:21) si studie, der det til dømes vert synt til at dei ikkje trur det er noko hjelp i behandling når ein har kome opp i ein alder av 75-80 år. I tillegg vert det synt til at mange av respondentane i studien ikkje visste om dei eldre vart tilbydt behandling. Dette finn eg også i mitt materiale, leiar i Staden veit ikkje når brukarar evt skal på avrusing, og forklarar dette med at dei har lite samarbeid rundt sanne ting med fastlegane.

Leiar i Staden trur ikkje det er forskjellsbehandling av eldre når det gjeld avrusing og sjukehusinnlegging. Herring og Thom (1997b:243) derimot, syner til at behovet for behandling av eldre rusmisbrukarar vert dyssa ned og minimalisert i forhold til behovet for å gjere noko. Forfattarane (ibid) syner også til at anna forskning indikerar at mange tilsette i helse- og sosialsektoren opplever at det ikkje er verdt det å starte behandling når eldre har ein problematisk rusmiddelbruk. Henwood (1991) her referert i Herring og Thom (1997b:243) argumentera for at eldre er offer for bundne føresetnader av kva som er livskvalitet. Herring og Thom (ibid) syner til at det er bevist at eldre kan ha nytte av og respondere godt på behandling, og syner til Atkinson (1984), og Atkinson and Kofoed (1982).

Mange gongar vert uuthaldelige situasjonar løyst ved å skynde seg å gjere det ein skal. Likevel kan ein ikkje rømme frå det ein ser, og informantane syner gjennom sine fortelingar at dei er opptekne av å gi brukarane så god omsorg og pleie som dei maktar. Når ein står ansikt til ansikt med brukarane vert ein bevega av situasjonen til brukar. I mange tilfelle løyser ein situasjonar ved å kome tilbake seinare, vere fleksible og innrettar seg etter brukars humør. Men vert det gripe fatt i *rusmisbruket* til den einskilde? Eller let ein berre brukar få

fortsette med å ruse seg sjølv om det er til skade for vedkomande? Eg får etter kvart ei oppfatning av at det vert gjort lite for å få til endringar i forhold til eldre rusmisbrukarar.

Heimetenesta har fokus på å få gjort arbeidsoppgåver som er fatta i vedtak, og det kan synast som om det å drive rusomsorg ikkje er ein så stor del av dette. Knytt til rusmisbrukarane er det heller oppgåver knytt til helse, pleie og stell som er i fokus, og blant heimehjelpene det å gjere reint og rydde, handle, tørke støv og liknande. Også det å ivareta brukars integritet og menneskeverd vert trekt fram som viktig for mange av informantane, og det vert nytta som argument i forhold til ikkje å blande seg i brukars omgang med rusmiddel. Såleis står den direkte intervensjonen i forhold til rusmisbruket igjen som eit litt diffust kapittel. Men i Lien er tverrfagleg arbeid mellom ulike etatar ei styrking av tilbodet til dei eldre, i tillegg har som tidlegare nemnt denne sonen også ansvaret for rustiltaka i kommunen. Spørsmålet blir vel ikkje om der er ressursar, men kven av brukarane som nyt godt av den. Det vil nok i mange samanhengar vere naturleg å prioritere unge menneske framfor eldre. I Fjorden ser ein at psykiatritenesta er ein viktig ressurs inn mot dei eldre rusmisbrukarane. Då vert det til dømes nemnt av heimesjukepleiar i Fjorden at psykiatritenesta tek seg av rusproblematikken, samtalar knytt til dette, medan heimetenesta tek seg av resten;

”Det blir ofte til at det er psykiatritenesta som er inne i den fasen (når mistenkjer eller avdekkjer misbruk), og så kjem vi inn meir sann med utlevering av tablettane, hjelpe med støttestrømpene, levera ut andre medisina og litt sann. Kanskje tilsyn sann som i helgedagane, då har vi litt rolla deira igjen. Så vi bytta på en måte litt rolla sann”.
(heimesjukepleiar Fjorden)

Dette synast å fungere for informantane i Fjorden, og det lettar på arbeidspresset knytt til rusproblematikken. Men som ein ser, er det heimetenesta som vert sittande med ansvar og utfordringar i helgane og i høgtidene. Såleis ser ein at behovet for kunnskap og samarbeid med andre instansar er til stades sjølv om ein har ei velfungerande psykiatrisk heimeteneste å støtte seg til. I alle tre kommunane fortel informantane om at brukarar vert lagt inn på sjukeheimen dersom dei vert for dårlege, det kan vere etter sjukehusinnlegging, eller som eit alternativ til dette. Mange av dei eldre rusmisbrukarane har dårleg ernæring og kan også bli uttørka grunna periodar med mykje rus. Sidan behandlingsapparatet i 2. linje tenesta ser ut til ikkje å ha dei eldre som målgruppe, vert den lokale sjukeheimen av og til redninga;

”Ja, visst det for eksempel er berre rus som på en måte er hovudgrunnen, då føle eg at der er lite tilbod som egna seg. Og eg trur at i ein del tilfelle då, så er det også betre med eit tilbod i kommunen. For at du tek det på eit lågast mogleg nivå, og du sjangsa, du har litt meir styring med heile opplegget. Du slepp å gå via så mange ledd, og det er noko med at vi har no erfart ein del også., at vi ser at det kan fungere heilt glimrande å ta inn ein rusmisbrukar på sjukeheimen. Det har vi gjort noken gongar, og det har gått veldig fint, og då har vi ofte., det dei trengje er ikkje nødvendigvis ei avansert behandling på eit sjukehus, dei treng omsorg og pleie kanskje, dei trengje at noken kontrollera inntaket og held unna alkoholen for dei, under kontrollerte former. Då har vi erfaring med at sjukeheim kan vere like bra, når du på ein måte har plassen klar då., det er no ikkje alltid at det er så enkelt, men dei gongane vi har fått det til så har det vore veldig bra”. (leiar Fjorden)

Såleis kan ein sjå at heimetenesta tek godt vare på brukarane som slit med rusproblematikk. Men omsorga handlar igjen gjerne om helsemessige aspekt ved brukars situasjon, slik som ernæring, stell og ein meir kontrollert omgang med rusmiddel. Ein kan sjå at leiar i Fjorden også er oppteken av at hjelp og omsorg på eit lågast mogleg nivå, kan vere like bra som å leggjast inn til behandling i 2. linje tenesta. Men dette vil det nok vere delte meiningar rundt omkring i kommunane. Det er ulike rammer for ressursar knytt til eldreomsorg, både når det gjeld økonomi og kunnskap, og også demografiske tilhøve kan spele ei rolle. Ein ser at den kommunale heimetenesta sine tilsette så langt det er råd prøvar å ivareta brukarane sitt tilvære. Det å ivareta brukars autonomi, og det å yte god omsorg er ein dominerande norm som kjem til syne i informantane sine forteljingar.

Informantane i Fjorden fortel at dersom dei har mistanke om at noko er på gang, til dømes at ein brukar har hamna på fylla, vert det sett inn litt ekstra ressursar, som å stikke litt oftare innom, for å sjå at vedkomande har det bra. Men kva ein vel å gjere verkar tilfeldig frå situasjon til situasjon. Dei tilsette må ta skjønsmessige vurderingar frå situasjon til situasjon, og sit med mykje makt og ansvar overfor den einskilde brukar si skjebne. Leiar i Lien er spesielt oppteken av det å ivareta dei eldre rusmisbrukarane sine rettigheter, og gir inntrykk av at dette til tider kan vere hemmande for å setje inn tiltak. Men som ho seier knytt til det å ivareta brukars autonomi; *”og så har du dette med sjølvbestemmelse, det er faktisk lov å gå til grunne i Noreg i dag... Det er det at folk har lov til det”*.

Leiar i Lien er oppteken av å minne sine tilsette på at brukarane som er rusmisbrukarar har same rettighetene som andre brukargrupper. Ho opplever at tilsette mange gangar synest det er vanskeleg å forstå brukars rusbruk, og at dei tilsette på bakgrunn av mangel på kunnskap tenkjer for lett om det å slutte å drikke. Leiar minner dei tilsette på at det ikkje er lov å bruke tvang, og som ho seier kan ein ikkje nekte sengeliggjande å ruse seg, eller sette alkoholen utanfor rekkevidde. *Men* som leiar poengterer, sjølv om ein ikkje kan nekte brukar å ruse seg, har ein lov til å motivere folk, har lov til å bearbeide folk og ta opp til diskusjon, og lov til å rettleie og råde folk i kva dei kan få hjelp til. Leiaren i Lien trur at det er mange som trur at heimetenesta har lov å bruke tvang, men det har dei sjølv sagt ikkje. Dersom ein skal gå til det stege å utøve tvang, må ein lege fråta brukar samtykkekompetanse, noko som inneber at brukar ikkje er i stand til å ta vare på seg sjølv, demens eller liknande, men ikkje fordi folk meiner at ein skal gjere noko anna... Alt må vere fagleg begrunna.

Eg har no presentert funn i forhold til erfaringar og praksis. Lesaren har sett at utfordringane og spørsmåla er mange. Funna har vore presentert i ei førstegrads fortolking der informantane sine eigne empirinære beskrivingar har vore i fokus. Vidare vil eg nå gå djupare i analysen av funna, for å prøve å forstå og forklare dei i lys av teoretiske perspektiv eg presenterte i teorikapitlet.

Kap. 7. Faktorar ved bakkebyråkraten sine arbeidsvilkår som kan forklare praksis overfor eldre brukarar som misbruker rusmiddel.

I kapitlet vil eg trekkje informantane sine forteljingar til eit høgare analytisk nivå, ei andregrads fortolking, for å finne djupare forklaringar og samanhengar i forhold til kvifor praksis er som den er. Geertz (1973:26) her referert i Fangen (2008:173) kallar det for ei tjukk beskriving, som inkluderer utsegn om kva informantane kan ha meint med det dei har gjort, kva fortolking dei ga sjølve, og forskar si eiga fortolking av dette. Vi har sett at dei tilsette sine kvardagsmøte med eldre rusmisbrukarar kan by på mangfaldige utfordringar, skape utrygge situasjonar og vanskelege dilemma. Tilsette manglar fagleg kunnskap om rusbruk/rusmisbruk blant eldre, og handlingane deira er stort sett baserte på erfaring.

Materialet mitt blir noko motsetnadsfylt, idet dei fleste av informantane opplever at dei meistrar denne kvardagen til tross for manglande fagleg kunnskap, og det kan difor vere interessant å drøfte dette momentet i lys av teoretiske perspektiv.

Når det gjeld intervensjon i forhold til rusmisbruk, ser ein av empiripresentasjonen at det sjeldan er snakk om å sende den eldre til behandling, i tillegg til at det også ser ut til at eldre heller ikkje er i *målgruppa* for behandling. Det blir heller satsa på tiltak i nærmiljøet, og fokus er først og fremst retta mot pleie, stell og ernæring, det ein kan kalle helsemessige aspekt ved brukars rusproblem. Korleis kan ein forklare dette? Korleis kan ein forstå og forklare at dette feltet mest er usynliggjort, både når det gjeld i det konkrete arbeidet og i plan og administrasjon? Kva konsekvensar får det for utøving av pleie og omsorg? Og påverkar praksis viktige ideal om autonome brukarar?

Rusen - eit tilleggsproblem?

Fleire av informantane gir uttrykk for at dei forstår rusmisbruk blant brukarar som eit *tilleggsproblem*. Eg høyrer at fleire av informantane snakkar om rusen som eit område dei egentlig ikkje har ansvar for. Utifrå undersøkinga sitt fokus og avgrensing, har eg ikkje føresetnader for å snakke om kor omfattande dette med eldre rusmisbrukarar er i dei einskilde kommunane, men ein får ei oppfatning av at det er eit aukande fenomen, og at det har vore retta særst lite merksemd mot dette med eldre og rus. Uansett, informantane mine har mangfaldige erfaringar med eldre som har eit rusmisbruk, og utfordringar og dilemma er like reelle sjølv om omfanget av brukarane ikkje er så stort. Leiar i Lien er oppteken av at ein må få meir sosialfagleg tenking inn i heimetenesta for å dekke ”avskuggingane” dei møter knytt til eldre brukarar og rusproblematikk. Ho trekkjer vidare fram kor viktig det er å sjå nyansert på brukar. Det syner seg i materialet mitt at eldre brukarar med rusproblem er ei ressurskrevjande gruppe, både i forhold til tid, kunnskap og tverrfagleg samarbeid. Det som blir interessant og viktig å prøve å forstå og forklare, er tilsette si forståing av, og praksis overfor, ei gruppe sårbare eldre. Korleis er brukars rusmisbruk, bakkebyråkratens føresetnader og handlingsteori med på å forme og forklare praksisen? Og korleis kjem *omsorgsarbeidet* overfor desse brukarane fram i materialet? Vert det vanskeleg å ivareta brukars autonomi i ein kontekst der rus er ein del av kvardagen?

I vidare analyse vil eg ta utgangspunkt i sentrale kjenneteikn henta frå Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet. Eg ynskjer å anvende Lipsky sin teori for å forstå og drøfte nokre av informantane sine organisatoriske rammevilkår i forhold til samhandling med brukarane. Desse rammevilkåra eller føresetnadene vil vere ei av fleire viktige sider ved dei tilsette sin kontekst for praksis. Som eg presenterte i teorikapittelet, utvikla Lipsky ein teori om typiske kjenneteikn og dilemma yrkesutøvarane på lågaste nivå i forvaltninga er kjenneteikna med. Bakkebyråkraten er den personen i byråkratihierarkiet som treff brukarane ansikt til ansikt. Det er bakkebyråkraten som skal utøve og vere medprodusent av politikken på ulike felt, og rolla byr på krysspress, stor grad av skjønnsutøving, knappe ressursar i forhold til behov, og i mange høve ufrivillege brukarar/klientar. Gjennom å ha intervjuar tilsette i kommunal heimeteneste, har eg møtt nokre av desse bakkebyråkratane, og vidare analyse og drøfting vil innehalde aspekt ved deira sine erfaringar og praksis. I neste omgang ynskjer eg å nytte handlingsteori og andre relevante perspektiv og omgrep for å supplere og styrke analytisk drøfting. Handlingsteori kan gi oss omgrep og perspektiv som syner andre viktige faktorar som påverkar bakkebyråkraten si yrkesutøving.

”Det gjer noko med deg”. Om ansikt til ansikt relasjonane

Eit viktig kjenneteikn ved bakkebyråkratane er den direkte ansikt til ansikt samhandlinga med brukarane (Solheim og Øvrelid, 2002:45). Gjennom å møte den einskilde eldre mannen eller kvinna i vedkomande sin heim, får dei tilsette i heimetenesta innblikk i store delar av den eldre sitt mest private. Det å få innblikk i andre si sårbarheit, i denne samanheng at vedkomande slit med rusproblem, påverkar dei tilsette i ulik grad. Som heimehjelp i Staden seier det; *”Når du går så ofte til folk så blir du no kjent med dei då. Sjølv om dei er rusmisbrukarar, så kan dei vere kjekke folk for det, ikkje sant. Så du syns no mange gongar at det er trist då, sjølv om du prøve å holde ein viss avstand til det då”*. Å sjå røyndomen i kvitauge gjer noko med ein. Som Vike (2004:65) seier det, involverar sjukepleiarane seg personleg i den og yter fordi dei er emosjonelt involvert i relasjonar til menneske som treng dei. Kunsten å finne balansen mellom nærheit og distanse kjem tydeleg fram i fleire av informantane sine forteljingar. Fleire av informantane fortel at det kan vere ei påkjenning å sjå den eldre si avhengigheit/rusmisbruk på nært hald. Heimesjukepleiar i Fjorden fortel om hennar minne frå slike sårbare situasjonar; *”Du blir veldig triste då, du ser kanskje flotte*

menneske som skal ha det så vondt, og ligge å øydelegge slik for seg sjølv, det gjer noko med deg også då”.

Den eldre brukaren har fått tildelt heimetenester på bakgrunn av at vedkomande har behov han eller ho ikkje klarer å dekkje sjølv. Det er fatta eit vedtak på kva han eller ho har rett på. Byråkratiske trekk som auka effektivitet og produktivitet skal vegast opp mot og foreinast med brukarperspektiv, og høgst mogleg kvalitet på tenestene. Som Lipsky (1980:54) poengterer er dei fleste av brukarane/klientane ufrivillege. Dette kjem av at det offentlege tilbyr tenester som ofte ikkje er mogleg å få tak i på andre måtar. Poenget er at sjølv om brukar på sett og vis ynskjer tenesta eller har behov for den, ikkje har moglegheit til å få den frå andre, ein må ta det ein får. For brukarane som eg skriv om i oppgåva, er det ofte andre primære behov enn rusen som gjer at heimetenesta vert koplå inn. Det kan handle om at vedkomande har falle, har fått diabetes, demens eller anna tilstandar. Ofte vert rusmisbruk avdekt etter at dei har fått tildelt tenester. Dette gjeld særleg dei kvinnelege brukarane som misbrukar medikament. Dei har greitt å skjule misbruket sitt heilt til heimetenesta kjem innafør døra, og møter såleis nye utfordringar i det å kanskje bli konfrontert med misbruket sitt.

Dei nære relasjonane til brukarane vil skape ulike utfordringar og dilemma for bakkebyråkraten, det kan som nokre av mine informantar trekkjer fram, handle om å tåle å *sjå, høyre og stå* i situasjonar der brukaren er tydeleg rusa eller prega av sitt rusmisbruk. Omsorga kan bli prega av ein vanskeleg relasjon til brukar, idet brukar kanskje ikkje ynskjer innblanding i forhold til livsførselen sin. Den tilsette kan sjå at rusmisbruket køyrer brukars liv på skråplanet, men kan samstundes ikkje gjere anna enn å ta omsyn til brukars ynskje. Det kan også handle om å ta opp kjenslemessige tema som har med rusmisbruk å gjere, og fleire av informantane synest det er vanskeleg med slike samtalar, fordi det kan svekkje ein tillitsfull relasjon mellom hjelpar og brukar.

Det er sterkare og meir krevjande å sjå sårbarheita og rusmisbruket når ein står i stova til vedkomande, enn når ein sit i ulike byråkrati og gjer skriftlege vedtak for korleis politikken og eldreomsorga sine rammer og føresetnader skal vere. I høgare nivå i byråkratiet er den eldre berre eit namn eller ein kategori, medan han eller ho møtt ansikt til ansikt, er ein person med særpreg, kjensler, vilje og meiningar. Det kan bli milevegs med rom mellom søndagsteorien (det ein seier ein skal gjere), og kvardagsteorien (det ein eigentlig gjer). På den andre sida har ein brukars røyndom. Som Vabø (2007:115) minner om, er sjuke og eldre

menneske som bur heime, menneske som i tillegg til ulike former og grader av helsesvikt vil ha ulike materielle, sosiale og mentale meistringsressursar, og ulike perspektiv på kva som er rimeleg å krevje av den offentlege omsorgstenesta.

Dei eldre rusmisbrukarane er ei sårbar gruppe som kanskje ikkje kan tale saka si på same måte som andre grupper av brukarar. I tillegg vil dei ofte (mennene særskilt) som det kjem fram av materialet mitt, vere ei stigmatisert gruppe, både blant folk generelt, men også blant helsepersonell. Dette kan resultere i at dei er redde for å be om hjelp, eller også motsett, at dei grunna langvarig rusmisbruk har vorte avhengige og ikkje ynskjer innblanding frå heimetenesta sine tilsette. Vissheit om kva andre meiner om dei, kan også resultere i det som Robert Merton (1968) kalla for sjølvoppfyllande profeti (her referert i Daatland, 2000:108). Det kan til dømes resultere i ein sosial stemplingsprosess der sjølvrespekta kan verte nedbroten på bakgrunn av nedsettande og passiviserande forventningar frå andre, som ein etter kvart internaliserar og identifiserar seg med (ibid:109).

Uansett vil dei tilsette stå ansikt til ansikt med desse meir eller mindre ufrivillege brukarane. Eg ser tendensar i materialet mitt, til at det er vanskeleg for bakkebyråkraten å finne balansen mellom hjelp og kontroll i forhold til dei brukarane som misbrukar rusmiddel. Som leiar i Lien seier, kan ein ikkje nekte folk å gå til grunne i Noreg i dag. Ein kan sjå at prinsippet om autonomi veg tungt, og at det gjer det vanskeleg å blande seg inn. Men samstundes har ein som leiar i Lien seier det, eit ansvar for, og lov til, å informere og rettleie om tiltak som kan skape ein betre kvardag for vedkomande brukar. Heimehjelp i Fjorden fortel blant anna at ho synest det er vanskeleg å vite korleis ein skal gripe inn og takle vanskelege situasjonar, samstundes som ein skal vise omsorg. Som eg var inne på i teorikapittelet, vil det å avdekke andre si sårbarheit tvinge ein til å gi respons.

Kommunane eg har gjort intervjua i har ikkje eigne retningslinjer eller planar som omhandlar eldre rusmisbrukarar spesielt, og det blir synt til at dei verken er utelukka eller nemnt spesielt i ulike planar. Eg får langt på veg bekrefte at dei eldre har tendens til å bli gløynde i ruspolitiske planar og rusfagleg omsorg i kommunane. Bakkebyråkraten, i mitt tilfelle den tilsette i heimetenesta, vil vere påverka av manglande fokus på tematikken, samstundes som vedkomande må forhalde seg til det umiddelbare i møte med ein rusa brukar. Det krevjast handling, og manglande fokus og tematisering på eldre og rus, skaper utfordrande situasjonar her og no, der ein skal finne gode og tenlege måtar å hjelpe den eldre på. Lipsky (1980:4) minner om at måten bakkebyråkraten delar ut sanksjonar eller tenester på, strukturerar og

avgrensar menneske sine liv og moglegheiter. Framgangsmåtane bakkebyråkraten veljer, vil også vere med å styre sosiale og politiske kontekstar som aktørane befinn seg i. Eg ser likskap med Giddens sin strukturasjonsteori, og det at aktørane og strukturane vil vere gjensidig avhengige av kvarandre. Aktørane har med sin handlingskapasitet og store grad av skjønnsutøving, høve til å anten støtte opp under rådande strukturelle føringar, eller å bryte med dei, på bakgrunn av stor grad av handlingsfridom.

Informantane mine opplever i ulik grad dilemma og utfordringar knytt til korleis dei skal handle overfor eldre med rusproblem. Som bakkebyråkratar i pleie og omsorgssektoren møter dei mange ulike personlegdomar, der ikkje alle er like lette å ha med å gjere. Som psykiatrisk heimesjukeleiar i Fjorden seier det, er det t.d. tilsette i heimetenesta som ikkje har lyst til å ha noko med dei alkoholisererte mennene å gjere; ”...altså, menn er meir einsame, menn er også meir nedprioriterte, altså menn er meir motbydelege, dei spyr og sånn”. Likevel må ein forhalde seg til dei, og gi dei pleie og omsorg på lik linje med dei andre brukarane. Er det ei fare for at omsorga kan bli prega av at ein har vanskeleg for å forholde seg til brukars livsførsel?

Eg får indikasjonar i materialet mitt, om at tilsette i heimetenesta gjer seg fort ferdig hjå enkelte brukarar. Rusåtferd og anna problematikk knytt til rus, kan vere forklaring på dette. I tillegg fortel psykiatrisk sjukepleiar i Fjorden at ho arbeider med haldningane til dei tilsette. Haldningar har vore definert på ulike måtar, men ei vanleg definering er at holdningar kan kome til uttrykk langs tre dimensjonar, som: oppfatningar (kognitivt), kjensler (affektivt) og åtferd (Daatland, 2000:103). Haldningane kan sjåast på som eigenskapar som gjer oss predisponerte til å reagere på bestemte måtar. Haldningane kan absolutt vere utslagsgivande for kva type omsorg ein dermed gir brukar. Haldningane vil også vere avgjerande for om ein møter brukar som ein autonom person. Verdien om autonomi dekkjer også prinsippet om sjølvbestemming over eigen helse og kropp (Lingås,2008:158). Dette vil innebere at ein t.d. ikkje kan setje i gang rusbehandling dersom brukar ikkje ynskjer det sjølv, eller at ein ikkje kan nekte å servere den sengeliggjande brukaren alkohol.

Tendensar i materialet mitt, indikerar som nemnt tidlegare, at dei tilsette kanskje ikkje alltid føler at det er deira ansvar å intervenere i forhold til brukars rusmisbruk. Herring og Thom (1997) trekkjer fram dette med ansvarsfråskrivning i frå sitt materiale, og vurderer at klart definerte ansvarsområde kan redusere ei slik ansvarsfråskrivning. Eg får også inntrykk av at val av handlingar ofte er basert på individuelle tolkingar og synspunkt på kva som kan eller skal

gjerast. Heimesjukepleiar i Lien seier til dømes; ...*for det er på ein måte ikkje i forhold til rusen vi er ute å hjelpe brukarar. Det er på ein måte tilleggsproblem at brukar er rusa*". Men kva skal ein gjere når det syner seg at heller ikkje nokon andre grip fatt i rusproblemet? Leiar i Fjorden fortel også at det ikkje har vore tenkt på einskildgrupper eller eldre i plansamanheng. Ho ser på det som om dei eldre er tekne med under det generelle. Men når ting vert generelle, kan det oppstå uklarleik og usikkerheit knytt til kva rolle ein har som tilsett. Kven er det *eigentlich* som skal ha ansvaret for oppfylging i forhold til rusproblematikken? Og kva type oppfylging skal den einskilde ha? Dette handlar såleis om eit av dei dilemma Lipsky meiner at kjenneteiknar yrkesutøvinga til bakkebyråkraten. Det handlar om at målsetjingane for verksemdene i offentleg sektor ofte er vage og motsetnadsfulle.

"Vi kan ikkje lukke auga og berre bytte dosetten liksom". Om vage og motsetnadsfylte mål

Gjennom informantane sine forteljingar og refleksjonar knytt til intervensjon overfor eldre med rusproblem, syner det seg såleis ein tendens til at heimesjukepleiarane og heimhjelpene kanskje ikkje føler at det er deira ansvar å gripe fatt i rusproblematikken. Likevel arbeider dei i ei verksemd der dei møter den eldre oftare enn andre som til dømes legen, og dei blir konfronterte med den eldre sitt rusmisbruk i kvardagen. Det er ikkje uvanleg at brukar har brukt opp familie og venner på grunn av langvarig rusmisbruk, og difor står ofte heimetenesta som dei nærast personane i brukars liv. Såleis føler dei seg nøydde til å gjere intervensjonar i forhold til det dei ser og opplever. Vike (2004:65) meiner at velferdsstaten sitt høge krav til universell velferd og likskap skaper store forventningar og ei sterk bevisstheit om at befolkninga sine behov for bistand skal takast på alvor. Vike (ibid) kallar det for internalisering av ansvar. Ein kan ikkje sjå vekk ifrå at desse forventningane i tillegg, er med på å skape press overfor dei tilsette i heimetenesta. Dei veit at det kanskje ikkje er nokon andre som kjem til å intervenere i forhold til brukars rusproblem, og føler seg såleis nøydde til å gjere noko. Ein kan samstundes sjå at desse høge krava tvingar bakkebyråkraten til å reproducere og godta ein eldrepolitikk der ein forlangar stadig meir effektivitet og kvalitet, samstundes som tid og ressursar vert mindre.

I Lien verkar det som dei har fått til eit velfungerande tverrfagleg tilbod som dekkjer dei eldre også, medan dei i Fjorden er godt på veg til å få på beina eit tilbod til dei eldre brukarane.

Likevel er det informantar frå desse kommunane som gir uttrykk for at det har vore lite fokus på dei eldre som er rusmisbrukarar. I Staden er det særst lite samarbeid med andre instansar. Eg tenkjer at dette kan handle om uklare målsetjingar for kva som skal vere kven sitt ansvar, og eg tenkjer at noko har svikta når det gjeld målsetjingar og planlegging når det gjeld dei eldre rusmisbrukarane. Ein kan såleis ikkje spore tverrfagleg eller tverretatleg samarbeid i Staden, og dette syner godt igjen i informantane sine forteljingar. Ein kan stille seg spørjande til om dette handlar om at dei eldre vert ein salderingspost i ein stram kommuneøkonomi. I tillegg kan det handle om haldningar til dei eldre, noko eg også kom inn på i forbindelse med spørsmål om behandling eller ikkje.

På bakgrunn av informantar sine utsegn, tolkar eg det dit hen at dei eldre brukarane som misbruker rusmiddel, umedvite vert usynleggjort. Som bakkebyråkrat vil den tilsette innrette seg etter brukars behov, nesten, sett på spissen, som ein medavhengig. Så lenge ein faktisk ikkje ropar høgt om misbruket, eller innpassar seg brukars humør, overser aggressivitet og er diplomat, får den eldre ruse seg i fred. Det vert satsa på å holde brukar noko lunde på beina, fokus vert retta mot å dekkje brukars primære behov, som mat, stell, medisiner, medan det å gripe fatt i rusmisbruket sine eigentlege grunnar ikkje vert gjort i særleg grad. Spørsmålet blir vel om det er verdt å bruke mykje ressursar på personar som på ein måte er ”gitt opp”. Lunde (2010:23) skriv at kanskje helsepersonell har ein tendens til å bagatellisere eldre sitt forbruk. Waern (2002) her referert i Lunde (2010:23), skriv om at helsepersonell ofte overvurderer dei helsemessige fordelane ved alkoholbruk. Dei kan difor ha ei oppfatning av at det ikkje er så farleg for den eldre å kose seg med nokre glas vin i ein elles stussleg kvardag prega av sjukdom og funksjonsnedsetting.

Det kan såleis handle om haldningar, kva forståing ein har av rusbruk/rusmisbruk, og sjølvstøtte om tid og økonomi. I tillegg handlar det om at fleire brukargrupper nok konkurrerer om tenestene. Psykiatrisk heimesjukepleiar i Fjorden innrømmer at dei har forsømt denne gruppa, fordi dei er så opptekne av dei unge narkomane. I Staden veit ikkje soneleiar som eg snakka med om det eksisterar særskilde retningslinjer for kva som skal gjerast når dei avdekkjer rusmisbruk blant sine eldre brukarar. Såleis ser ein at heimetenesta står ansikt til ansikt med ein tematikk, og ofte *problematikk*, i gjennom det at dei har pleie og omsorgsansvar for eldre med rusproblem. Fleire informantar er usikre på kva som skal gjerast i mange samanhengar, og eg får inntrykk av at val av intervensjon eller ikkje, ofte kan vere personavhengig. Heimesjukepleiar og heimehjelp står difor ofte med mange spørsmål knytt til ”kva gjer vi no?”.

Lipsky (1980:40) fangar tematikken ved å snakke om dei vage og motsetnadsfylte måla som typisk for bakkebyråkratia, og er oppteken av at det i tillegg kan vere problematisk at målsetjingane til organisasjonane er både konfliktylde og ambisiøse. Det kan fort bli eit problem at måla til organisasjonen er både inkonsistente og uklare, og det kan gjere det uklart kva som blir venta av bakkebyråkraten. Det er ikkje berre for heimesjukepleiar og heimhjelp det kan vere vanskeleg, men også for dei einskilte leiarane på høgare nivå, t.d. soneleiar. Løysinga vert å snakke og rådføre seg med kollegaer, og eventuelt kontakte psykiatritenesta. I Lien og Fjorden er ein betre stilt, i og med ein har eit velfungerande tverrfagleg samarbeid. Men måla vil framleis bere preg av vage formuleringar og uklare mål. Når ein har eit større fagleg miljø å diskutere i, kan nok likevel den einskilte bakkebyråkrat føle seg sikrere i sine avgjersler og handlingar.

Overordna mål for organisasjonane er ofte prega av store ord og visjonar, som kan verke umoglege å nærme seg i kvardagen. Som Christensen m.fl. (2007:96) skriv, er det mest typiske for offentlege organisasjonar at dei generelt har komplekse og vage mål. Ein ynskjer å prioritere mange ulike omsyn og aktivitetar samstundes, noko som skil dei frå private organisasjonar som ofte er meir eindimensjonale. Her i Noreg kan det som forfattarane (ibid) peikar på, være eit uttrykk for ein politisk kompromisskultur som er naudsynt for å få til fellesskapsløysingar. Lipsky snakkar vidare om krysspress mellom brukars behov og byråkratiske mål og verdiar. Knytt til denne studien og mine informantar sine erfaringar, tenkjer eg at det er *mangel* på mål som direkte kan linkast til eldre rusmiddelmissbrukarar. Det vert synt til at dei eldre har rett på same tilbod som dei yngre, men at ein i røynda opplever at dei eldre likevel ikkje får det same tilbodet, eller ikkje er i målgruppa.

I Staden har ein av informantane opplevd å høyre at psykiatritenesta synest det er så vanskelig å nærme seg dei eldre. Dette vitnar om at dei eldre vert nedprioritert, kanskje på bakgrunn av både haldningar, men ikkje minst grunna knappe ressursar. I tillegg kan det handle om tabu, at dei tilsette synest det er vanskeleg å skulle ta opp tema som rus og det å ha psykiske vanskar med eldre personar. Dette kan handle om førestilingar om at eldre ikkje misbrukar rusmiddel, og eg tenkjer spesielt i forhold til eldre damer som misbruker alkohol og medikament. Dei tilsette eg har snakka med står trass i manglande målsetjingar og retningslinjer fram som omsorgsfulle, kloke menneske som ynskjer å gi dei eldre brukarane ei best mogleg omsorg. Dei innpassar seg etter brukars form og humør, rådfører seg med kvarandre og søkjer hjelp i leiinga dersom dei har behov for det.

”Der er så mange andre som også trenger hjelp”. Om tilhøvet mellom ressursar og behov

Som det kjem fram i informantane sine beskrivingar av dei eldre med rusmiddelmissbruk, er dei ei ressurskrevjande brukargruppe. Solheim og Øvrelid (2002:50) poengterar at verksemda innafør helse- og sosialtenester er av ein slik art at ressursane alltid vil vere mindre enn dei behova dei skal dekkje. Staten gir overordna retningslinjer for kven som skal hjelpast, og kva hjelp dei skal få. Ein ser såleis at strukturelle føringar legg premissar for aktørane. Eg tenkjer som Ruyter og Vetlesen (2001:18), at omsorga vert politisert og at utøvarane av omsorgsprofesjonane er prisgitt utfallet av ein ideologisk strid, fordi utfallet bestemmer dei politiske og økonomiske rammene som profesjonane vert tvinga til å forholde seg til. Vike (2004:41) skriv at omsynet til *økonomisk helse* har fått konsekvensar for alle diskusjonar om kva som kan gjerast i helse- og sosialpolitikken og i skulepolitikken. Vidare må leiinga i ulike tenestenivå fordele ressursane etter beste evne. Uansett vil det vere nokre brukargrupper som kjem til kort i forhold til andre. Den einskilde kommune sin økonomi vert dessutan styrt langt meir årvakent av staten, enn for berre ti- femten år tilbake, og har med anna medført at mange av dei, meir eller mindre direkte, er sett under statleg administrasjon (ibid).

Eldreomsorga med sin ”stillestandsomsorg” har vanskar med å syne til resultat, i form av friskare og mindre hjelpetrengande eldre. Informantane mine teiknar eit bilete av at dei har lite tid, og at det ofte vert korte besøk hjå mange av brukarane. Dette gjeld særleg heimesjukepleiarane. Heimehjelpene har gjerne litt meir tid, men samstundes andre meir ”huslege” oppgåver. Men dei opplever også at dei av og til må endre på opphavlege oppgåver på grunn av ein rusa brukar. Brukar kan ha ein ”hangover”, slik at han eller ho ikkje orkar å bli stelt om morgonen. Dei pliktoppfyljande hjelparane løyser slike situasjonar med å kome igjen seinare på dagen.

Lipsky (1980:29) er oppteken av at bakkebyråkraten arbeidar med relativt høg grad av usikkerheit på grunn av brukarane sine komplekse hjelpebehov og syner til nødvendigheita av å trekkje raske avgjersler. Det er også eit typisk trekk at bakkebyråkraten må handle til tross for lite kjennskap til brukars bakgrunn. Tidspresset og det at det heile tida er andre brukarar som ventar på hjelp, gjer at bakkebyråkraten har eit hektisk tilvære. Heimesjukepleiar i Staden fortel at ho kanskje berre skal dele ut ein dosett til ein brukar, men at ho kan kome i situasjonar der brukar er rusa og ho blir nøydd til å ta seg av vedkomande sjølv om dette egentlig ikkje var planen.

I Fjorden vert det fortalt om at ein til tider må setje inn ganske mange ressursar for å få ein rusa brukar på beina, det kan handle om ekstra tilsyn, det å tørke spy, vaske, hjelpe til med mat, at ein set inn mykje ressursar, for i neste omgang å oppdage at brukar har hamna på fylla igjen. I neste heimebesøk kan dei møte ein døyande kreftpasient eller eit barn som har store funksjonshindringar. Kontrastane vert ofte store, og ein har fleire brukargrupper som treng hjelpa like sårt. Normative og etiske aspekt vil aktualiserast, i det at rusproblematikken ofte kan verte sett på som sjølvforskyldt, i motsetnad til eit lite barn som t.d. har ein medfødt funksjonshemming. Kva gjer dette med omsorgsutøvinga? I materialet mitt får eg inntrykk av at informantane er medvetne og opptekne av at brukar som rusar seg skal ha same rettane og hjelpa som alle andre brukarar. Langt på veg ser det ut som dei får det, men igjen kan eg vise til at det å jobbe med haldningane er ein viktig og naudsynt jobb. Særleg mennene som har eit langt misbrukarliv bak seg, ser ut til å vere ei utsett gruppe. Psykiatrisk sjukepleiar i Fjorden seier i intervjuet, at ho jobbar særst mykje med heimetenesta sine haldningar overfor denne brukargruppa. Også i dei to andre kommunane er dei alkoholisererte mennene ei utsett gruppe, i form av stigmatiserende haldningar.

Lipsky (1980:29) meiner at dei store arbeidsmengdene i forhold til tid tilgjengeleg, også skaper vanskelege tilhøve for bakkebyråkraten. Heimesjukepleiar i Fjorden fortel mellom anna at ho til tider vert irritert og sint på brukara som rusar seg, sjølv om ho forstår at det er eit problem for vedkomande. Ein kan forstå reaksjonen, når ein ser på dei tøffe arbeidsvilkåra, og veit at brukarane er mange og har forskjellige slags hjelpebehov. Herring og Thom (1997a) trekkjer fram nødvendigheita av å utvide forståinga av kva rolle alkohol spelar i den eldre sitt liv, og det at rusmisbruket kan medføre ulik åtferd. Likeeins meiner forfattarane (ibid) at ein må styrke kunnskapen om dobbeltdiagnose (samtidig alvorleg psykisk lidning og omfattande rusmisbruk). Brukars åtferd kan såleis kome i eit anna lys, dersom den tilsette får meir kunnskap. Men som psykiatrisk sjukepleiar i Fjorden seier, kan det også forståast at sjukepleiarane synest det er eit paradoks å tørke spy og vaske golv etter å ha teke ei treårig høghøgskuleutdanning. Det var ikkje slikt arbeid som låg til grunn for skulegangen. Rusa brukarar kan verte ei problematisk gruppe å samhandle med, fordi dei bryt med heimesjukepleiar og heimhjelp sine normer og førestillingar om kva som er heimetenesta sitt arbeidsområde.

Heimebesøka kan gå fort føre seg, sett i forhold til brukars *eigentliche* hjelpebehov, spesielt i forhold til rusproblematikken. I materialet mitt ser eg tendensar til at både informantar og kollegaer dei kjenner til kan "lette på trykket" med å gjere seg ekstra fort ferdig med det dei

skal gjere. Særleg i forhold til dei alkoholisererte mennene i kommunale bustader vert det av og til løysinga; ”*Ja, dei som bur i dei kommunale bustadane dei har fått stempelet. Eg føler det er berre å gå fort inn og ut igjen, eg føler at vi overser der egentlig, medan vi kanskje er litt meir mot desse damene igjen*” (heimesjukepleiar Staden). Informanten forklarar raske besøk hjå mennene med at ein føler at ein ikkje når fram uansett kva ein gjer. Lipsky (1980:83) snakkar om meistringsstrategiar i ein tøff arbeidskvardag der ein gjerne har motstridane krav frå leing og brukar. Knapp tid og lite ressursar skal foreinast med ressurskrevjande brukarar, t.d. rusmisbrukarar, der ein i tillegg har lite kunnskap å støtte seg på. Det å gjere seg fort ferdig, gjere berre det aller mest nødvendige, vert såleis ein måte å løyse arbeidssituasjonar på. Eg sit difor igjen med eit inntrykk av at dei alkoholisererte mennene kan stå i fare for å ikkje få så mykje omsorg, fordi dei tilsette til tider kanskje ikkje greier å sjå mennesket opp i det heile. Ein ser berre det skremmande og ekle, gløymer at dette er ein person med både kjensler, vilje og eit håp om eit betre liv.

Det er viktig å få fram at dette nok ikkje skjer av vond vilje eller dårleg arbeidsmoral, men heller kan forståast utifrå ei yrkesgruppe sine vanskelege arbeidsvilkår. I tillegg tenkjer eg at analysen av materialet avdekkjer ein stor kunnskapsmangel i forhold til eldre og rus. Ein ser også at dette kan få implikasjonar i forhold til å forstå og handle overfor denne sårbare brukargruppa.

Heimetenesta har i dei seinare åra fått mange nye brukargrupper som følgje av avinstitusjonalisering og desentralisering i forhold til psykiatri. Psykiatri heng ofte saman med rus, og difor får kommunale verksemder slik eg ser det, stadig større behov for tilsette med kompetanse på dette området. Rusreforma og samhandlingsreforma er tiltak som skal styrkje samarbeid mellom stat og kommune, og styrkje kommunane sin kunnskap og beredskap for å arbeide med rus og psykiatri. I analysen av mitt materiale, og med innblikk i kommunal heimeteneste sin kunnskap på område, kan det vitne om at tilsette i eldreomsorga kanskje ikkje har nytt godt av, eller synt lite interesse for reformarbeidet. Er det fordi dei har mest med dei eldre å gjere? Handlar det om det at eldreomsorga vert assosiert med det ein kallar for vedlikehalds- eller stillestandsomsorg? Har dei eldre vorte gløymt i samband med at ein skal styrkje ressursane knytt til rusarbeid i kommunane?

”Ja, kva gjer eg no?” Om bakkebyråkraten si utøving av skjønn

I analysen av informantane sine forteljingar kjem det fram at eldre brukarar som misbrukar rusmiddel er ei ressurskrevjande gruppe. Knapt med tid, uklare målsetjingar knytt til eldre med rusproblematikk og mangel på kunnskap skaper føresetnadene for pleie og omsorg. Ein kan sjå at i Lien og Fjorden har ein nokre ressurspersonar og tverrfagleg samarbeid som kan hjelpe heimesjukepleia og heimhjelpstenesta med forslag til korleis ein skal gå fram, i tillegg til at det er fagpersonar med kompetanse som tek seg av samtalar knytt til rus. I Staden derimot står heimetenesta så og seie åleine om å gripe fatt i den eldre sitt rusproblem. Talet på brukarar med rusproblem verkar å vere høgt, og informantane gir uttrykk for at resten av hjelpeapparatet er så å seie fråverande når det gjeld å hjelpe dei eldre. Uansett om det er samarbeid eller ikkje med andre instansar, er heimetenesta sine tilsette dei som ofte står igjen med utfordringar – særskilt på kveldstid og i helgane.

Samtlege informantar trekkjer fram erfaringa si som utslagsgivande for å meistre arbeidskvardagen. Brukarar kan vere verbalt angripande, ligge utspydd, vere på grensa til dehydrert, aggressive eller overstadig rusa. Avgjersler om kva som er naudsynt og forsvarleg å gjere, vil vere tufta på bakkebyråkratens skjønnsutøving. Skal ein gå ifrå den eldre, eller er det naudsynt med sjukehusinnlegging? Skal ein ringje legevakta, eller ta kontakt med ein kollega? Klokka går, og det er andre brukarar som ventar på hjelp. Lipsky (1980:13) presenterer skjønnsutøvinga og relativ autonomi som eit hovudkjenneteikna ved bakkebyråkraten.

I byråkratisk tenking er det eit ideal at ein skal behandle klientar mest mogleg likt, men dette er sjølvsagt lettast på papiret (Solheim og Øvrelid, 2002:52). Tilsette i heimetenesta møter brukarar som til dømes kan vere kategorisert som ”rusmisbrukar”, men veit at kvar klient er unik med sine variasjonar både i behov og krav. Lik behandling kan i visse høve vere å gå på tvers av individuelle behov (ibid). Eg høyrer ikkje så mykje om likebehandling blant mine informantar, men nokre av dei snakkar om å ha lik *respekt* for alle brukarane. Dette er kanskje sakens kjerne, idet lik behandling eller ikkje, gjerne vil vere tufta på om ein har respekt for den ein skal hjelpe. Respekten vil også påverke kva omsorg som vert praktisert.

Bakkebyråkraten forstått som den tilsette i heimetenesta, vil ha sin arbeidsplass i eit grenseland mellom ein byråkratisk organisasjon og brukarane (Solheim og Øvrelid, 2002:51). I utgangspunktet vil ansvaret og oppgåva vere å realisere organisasjonen sine intensjonar og målsetjingar. Intensjonane er operasjonaliserte i administrative reglar og arbeidsinstruksar

(Solheim og Øvrelid, 2002:51). Bakkebyråkraten sin relative autonomi heng saman med at han eller ho har variert arbeid og mange ulike faglege utfordringar. Dess meir varierte og uforutseibare arbeidsoppgåver, dess vanskelegare er det å lage detaljerte reglar for korleis arbeidet skal utførast (Mastekaasa, 2008:312). Ein forstår såleis at skjønnsutøvinga er ein naturleg og heilt naudsynt del av det å vere bakkebyråkrat. I interaksjon til unike og ulike menneske kan ein ikkje ha fastlagde oppskrifter på ein kvar situasjon. Ein er nøyd til å gripe det umiddelbare, ansikt til ansikt med brukar. Mine informantar sine forteljingar vitnar om mange slike umiddelbare situasjonar, og spørsmålet blir ofte; ”Kva gjer vi no?”.

Lipsky (1980:14) syner til at det er sjølv sagt at bakkebyråkratane utøvar ei stor grad av skjønnsutøving, fordi dei er profesjonelle. Det blir forventat at profesjonelle eller profesjonar som ein også kan kalle det, kan arbeide sjølvstendig på bakgrunn av kunnskap på område dei jobbar i. Dei har ein relativ autonomi, som gjer at dei kan ta sjølvstendige avgjersler innan for ulike område. Som Grimen og Molander (2008:179) seier det, kan skjønn sjåast på som ei uomgjengeleg side ved ein type praksis som nyttar generell kunnskap, nedfelt i handlingsreglar, på einskildtilfelle. Forfattarane (ibid:188) snakkar om skjønnets normative kontekster og trekkjer fram likebehandlingsprinsippet, reproduserbarheitsprinsippet og individualiseringsprinsippet som sentralt i den samanheng. Men det vil alltid vere spenningar mellom skjønn og komparative konsistenskrav på bakgrunn av kompleksitet og ulike kontekstar (ibid). Eg registrerer at heimesjukepleiarane er opptekne av likebehandlingsprinsippet, i det dei snakkar varmt om at rusmisbrukaren er like mykje verdt og har same krava på hjelp som dei andre brukarane. Leiar i Lien er også oppteken av å minne sine tilsette om at eldre rusmisbrukarar har akkurat same rettighetene som andre, både til stell, behandling og liknande. Samstundes vert også individualiseringsprinsippet aktualisert gjennom at leiarane forklarar manglande organisering og retningslinjer i forhold til eldre og rus, med at dei må sjå kvar einskild tilfelle for seg.

I skjønn er det eit uomgjengeleg element av førstepersonserfaring (Grimen og Molander, 2008:193). Sjølv om skjønnet vert utøvd på ein høgst samvitsfull måte, og alle relevante faktorar kan vere tekne i betraktning, kan det likevel ha svakheiter. Resonnering under vilkår der det ikkje er klare reglar, der reglar let hol stå opne, eller der ein rangerar reglar i forhold til kvarandre utan klare prioriteringar, kan påverke handlingsval. Forfattarane (ibid) seier at i slike situasjonar er lokale tradisjonar på den eine sida, og førstepersonserfaring på den andre sida, naudsynt for å kome fram til begrunna konklusjonar. Såleis vert også den tause kunnskapen, eller det som Aristoteles kalla praktisk klokskap (phronesis) ein viktig ingrediens

i skjønnsutøvinga. I materialet mitt er det nettopp denne tause kunnskapen tufta på lang erfaring, som ser ut til å vere informantane sitt viktigaste skyts i ein krevjande kvardag.

Gjennom å ha nytta Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet, vonar eg å ha plassert mine informantar sine organisatoriske rammevilkår for samhandling med brukarane. Vi har sett at det å stå ansikt til ansikt med brukar skaper andre føresetnader for handling, enn når ein sit beskytta på eit kontor høgare oppe i byråkratiet. Vidare gir knappe ressursar i forhold til reelle behov, utfordringar i å gi ein forsvarleg og god pleie og omsorg overfor sårbare brukargrupper. Vage mål og uavklara ansvarsområde skaper usikkerheit, og fordrar til ei stor grad av skjønnsutøving.

Det som Lipsky sin teori ikkje fangar så godt i forhold til mine informantar sine forteljingar, handlar om spørsmålet om kvifor tematikken eldre og rus er så fråværande i heimetenesta. Det kan verke som om eldre med rusproblem er eit usynleg område for oss som sit på utsida. Vidare står eg att med spørsmål knytt til kvifor informantane, til tross for mangelfull kunnskap om eldre og rus opplever meistring, og synest at dei får gjort det dei skal i arbeidet med desse brukarane. Mennesket handlar utifrå kva dei veit og kva dei trur. Det er som Gilje og Grimen (1993:114) seier, oftast manglande kunnskap om kva andre veit og trur på, som gjer at deira handlingar vert oppfatta som merkelege eller uforståelige. Eit sentralt omgrep i den samanheng er subjektivitetsprinsippet. Omgrepet er utforma av Skjervheim, og inneber at åtfærd må studerast og beskrivast ved hjelp av termar som høyrer til den handlande si situasjonsorientering, hans/hennar definisjon av situasjonen, og ikkje berre gjennom termar som tilhøyrer sosialvitskapsmannen sin definisjon av situasjonen (Skjervheim, 2001:114). Såleis vil eg vidare i drøftinga sjå nærare på handlingsteoretiske perspektiv som kan forklare informantane sin praksis og forståing av å mestre utfordringane. Kan det handle om kva informantane sin førehandsteori består av, om eldrebilete vi har i samfunnet, eller om deira kunnskapsgrunnlag å begripe og handle utifrå i forhold til rusproblematikken? Eg vonar å fange opp desse ubesvara spørsmåla frå analysen, ved å drøfte dei i lys av sentrale aspekt ved handlingsteorien.

Om førehandsteorien til bakkbyråkraten

Informantane sine handlingar overfor brukarane er sosiale handlingar, ikkje automatiske responsar som i behavioristisk teori (Kvalsund, 2007:142). Sosiale handlingar er åtfærd som

gir meining for aktørane, og det er handlingar som vert forma som svar på andre aktørar sine intensjonar og meiningar. Dermed er det ein fortolkande hermeneutisk handlingsteori som ligg føre, og som vil bli nytta i vidare drøfting. Bakkebyråkraten er kjenneteikna med å ha ansikt til ansikt kontakt med brukarane, og dette dannar grunnlaget for handlingane, ved sidan av at ein også vil vere styrte av at ein medvite trur på bestemte normer og verdiar (ibid). Kari Martinsen (her referert i Olsen, 1998:34) støttar seg til Løgstrup når ho hevdar at grunnlaget i omsorgsorientert sjukepleie vert avgjort i møtet mellom pasient og sjukepleiar. Sjukepleiaren si sansing og forståing i situasjonen avgjer korleis pasienten eller brukaren vert møtt og hjelpt. Mål, verdiar og normer må knytast til sjølve situasjonen og handlingane, og ikkje til noko utanfor situasjonen, t.d. normreglar eller prinsipp (Olsen, 1998:35). Omsorgsetikken treng difor ikkje normer og reglar, men *forståing* slik at handlinga vert rett. Forståing krev gjenkjenning av det ein sansar, og difor er kunnskap viktig.

Eg tenkjer tilbake på informantane sin manglande kunnskap om eldre og rus, og om rus generelt. Kan kunnskapsmangelen forklare at dei tilsette mange gongar føler seg uttrygge i situasjonar knytt til konfrontasjonar med brukar sitt rusmisbruk? Ja, dette kan vere tilfelle, og som Olsen (ibid) peikar på, blir situasjonen problematisk når sjukepleiaren ikkje forstår den andre (brukaren) sitt uttrykk og korleis ein kan hjelpe. Manglande kunnskap om rusåtferd og forklaringsfaktorar, kan då føre til ei omsorgsutøving tufta på mangelfunn forståing om personen sine vanskar. Rusåtferda kan bli oppfatta som uforskamma og fråstøytande, og ein kan få eit forvrengt bilete av brukars eigentlige ”eg”. For å bevare den personsentrerte humanismen må sjukepleiaren difor vurdere handlingar i forhold til handlingane sin *etiske* dimensjon. Som Olsen (ibid) seier det, bør makta i handlingane brukast til den andre sitt beste. Martinsen (her refert i Olsen(ibid)) seier at handlingane såleis spring spontant fram av situasjonen. Spontaniteten utelukkar strategi og fremjar sjølvforløyming. Informantane sine forteljingar vitnar nettopp om mange slike spontane avgjersler, basert på ansikt til ansikt møte med slitne og sårbare brukarar.

Fleire av informantane trekkjer som tidlegare nemnt fram at dei prøver å roe ned situasjonar, er diplomat i staden for å begynne å skulle konfrontere brukar si åtferd eller verbale skyljebøtter. Eg sit att med eit inntrykk av at dei finn seg i *så* mange tøffe situasjonar. Eg kan ikkje hugse å ha lest om tilsette i heimetenesta som klager over arbeidsforholda sine i media, og eg tenkjer at det er ei yrkesgruppe ein sjeldan høyrer protestar frå. Kan det ha med å gjere at dei er så lojale overfor brukarane sine? Kan det vere prinsippet om å møte alle brukarar med respekt, som gjer at dei ikkje ropar ut? Dei tilsette har tross alt ansvar for ulike

brukargrupper, som dei streng tatt kanskje ikkje har tilstrekkeleg med kunnskap om. Det er informantar som fortel at dei må besøkje unge narkomane i helgane, når andre kommunale verksemdar har fri. Dette vert trekt fram som meir utfordrande enn mange situasjonar hjå dei eldre. Eg finn det interessant at ein ikkje har høyrte meir om arbeidsvilkår og utfordringar i heimetenesta enn det som er, etter å ha fått eit innblikk i denne verksemda. Vike (2004:61) meiner at t.d. sjukepleiarane i 1. linje tenesta tek på seg ekstraoppgåver blant anna fordi det framstår som eit personleg ansvar å kompensere for avgrunnen mellom fagleg kapasitet og kvalitet. Vike (ibid) meiner at førstelinjetilsette med sterkt fagleg engasjement difor er svært lette å utnytte.

Det å stå i situasjonar med rusa brukarar kan mane fram motstridande kjensler i hjelparen. Mine informantar fortel om oppgitttheit, sinne, frustrasjon og tristheit som nokre reaksjonar på brukar sitt rusmisbruk. Dei etiske aspekta vert vekt til live gjennom at ein har så mange kjensler i forhold til det ein opplever. Klarer ein å sjå personen oppe i det heile, eller er det lett for å sjå berre det negative og ekle? Kva er normalt og kva er avvikande? Kvalsund (2007:143) framhevar nettopp førehandsteorien om avvik og normalitet som er blitt utvikla gjennom livsløpet, som ein av dei sterkaste faktorane som påverkar personens praksis. Gjennom informantane sine forteljingar står eg att med ei oppfatning av at dei er profesjonelle hjelparar som er opptekne av dei etiske aspekta ved arbeidet sitt. Eg kan likevel sjå at informantane snakkar litt forskjellig om sine erfaringar, ordlegg seg på ulike måtar og ikkje minst at personlege erfaringar fargar deira møte med brukar. Erfaringane er med på å danne hjelparen eller bakkebyråkraten si førehandsteori av møte med brukar.

Erfaringsbasert kunnskap

Som eg var inne på i teorikapitlet, vil førehandsteorien om avvik og normalitet utviklast gjennom livsløpet, og innehalde både målrasjonelle og verdirasjonelle sider. Som Kvalsund (2007:142) minner om, er førehandsteorien truleg ein av dei sterkaste faktorane som påverkar personens praksis. Livserfaring er såleis ei viktig kjelde til praktisk handling, ved sida av lærebøkene. Det vert såleis ein subjektiv teori prega av livsvilkår og eigen oppvekst. Fleire av informantane i min studie trekkjer fram nettopp erfaring som sin einaste kunnskap inn mot eldre og rus. Informantane er alle godt vaksne, og har arbeidd i mange år i heimetenesta. Dette skaper trygge personar som handlar på bakgrunn av liknande situasjonar og tilfelle dei har vore borte i tidlegare. Informantane ser på den erfaringsbaserte kunnskapen som noko

positivt, og gir ved fleire høve uttrykk for at det er dette som gjer at dei ofte held ut i tøffe situasjonar. Som Kvalsund (2007:143) seier det, inneheld teorien erfaringsbasert kunnskap frå eige liv som blir overført til hjelparen sitt aktuelle arbeidsfelt. Innhaldet hjelper oss til å vite korleis vi skal handle i situasjonar, og vi handlar for oss, på ein sjølvsgd måte. Det er vanskeleg å setje ord på kvifor vi gjer som vi gjer, og dette syner at teorien er lite artikulert, det som gjerne vert kalla taus kunnskap. Ein kan også sjå at dette handlar om det som Bourdieu kallar habitus, om varige og kroppsleggjorte disposisjonar for handling. Habitusomgrepet er kjernen i Bourdieu sin handlingsteori og aktørforståing; det ligg også til grunn for hans konsepsjon av den handlande aktøren (Aakvaag, 2008:160). Såleis kan vi forstå habitus som handlingstilbøyelegheiter som set sit preg på alt vi tenkjer og gjer, og også kven vi er.

Bourdieu meiner at habitus er strukturerande, og med det meiner han at habitus verkar muliggjerande for vår deltaking i sosiale situasjonar. Vidare meiner Bourdieu at habitus gir aktøren ein ”praktisk sans”, som inneber ei evne til å orientere seg på ein fornuftig og sjølvstendig måte i samfunnslivet. Habitus kan dermed sjåast som grunnlaget for handlingskompetansen. Knytt til mine informantar sine forteljingar, kan habitusomgrepet fange det at informantane i sitt daglege arbeid opplever at situasjonar med rusa brukarar er handterbare til tross for manglande kunnskap om rus. Dei har andre kunnskapar om kvardagslivet, og innebygde erfaringar som dei opplever veg opp for manglande rusfagleg kompetanse. Fleire av informantane fortel at ”eg veit kva eg skal sjå etter” eller ”du trena deg opp til å sjå”. I tillegg har dei innebygde meistringsstrategiar for korleis dei skal handtere ein ustabil brukar. Dei veit at det ikkje nyttar å vere sint eller konfronterande, dei har erfart at det å vere diplomat, roe ned situasjonen verkar betre.

I profesjonsteoretisk litteratur vert det ofte operert med eit skilje mellom praktisk og teoretisk kunnskap (Grimen, 2008:76). Knytt til informantane sine utsegn når det gjeld stor bruk av erfaringsbasert kunnskap, kan dette koplatt til den praktiske kunnskapen. Denne kunnskapsforma er kjenneteikna ved at kunnskapen sin form og innhald ikkje let seg lausrive frå dei som har den, og frå dei situasjonane kor den vert anvendt. Grimen kallar det også for indeksikalitet, at kunnskapen essensielt peikar på kunnskapsbæraren og brukssituasjonen (Grimen, 2008:76).

Common sense

Materialet mitt syner såleis at det er informantane sine erfaringar og praktiske kunnskap som pregar forståing og handling, det som kan kallast "common sense" teori, overfor den eldre rusmisbrukaren. I tillegg vil bidrag frå andre arenaer og kvardagskjelder, t.d media, byggje ut denne førehandsteorien om eldre og om rus. Informantane mine gir ved fleire høve uttrykk for at dei synest synd på dei rusmisbrukande brukarane. Ord som trist, vemodig, stakkar og liknande, vitnar om eit eldrebilete som kanskje er skapt gjennom presentasjonar og førestillingar i media. Når vi høyrer om eldre på nyheitene, er det gjerne i forbindelse med at ein har vorte utskreven frå sjukehuset alt for tidleg, at ein har vorte plassert på toalettet på sjukeheimen pga manglande romkapasitet, osv. Dette kan gi eit bilete av at dei eldre er ei svak gruppe, og det kan bli teikna eit elendigheitsbilete. I tillegg vil vårt samfunn som av mange vert hevda å vere individualistisk og med eit ungdomsideal, ha lett for å gløyme den gamle alkoholikaren som bur i den kommunale bustaden. Haldningar som at det ikkje er vits i å gjere noko, fordi vedkomande er for gamal, eller fordi ein synest han kan drikke i fred, er nok dominerande. Forståing av kvifor brukar rusar seg, vert forklart med at brukar er einsam, at dei kjedar seg, har smerter eller liknande. Dette er i og for seg logiske forklaringar, men manglar vidare resonnement i forhold til andre forklaringsfaktorar for kvifor den eldre har eit vedvarande og eventuelt auka misbruk av rusmiddel. Heimehjelp i Lien meiner t.d. at dei eldre automatisk vil redusere rusbruken etter kvart som dei blir eldre. Kanskje kan dette bilete forklare haldninga blant nokre av informantane om at behandling ikkje er så naudsynt når ein er aldrande? Lunde (2010:21) skriv at det er nærliggjande å tenke at manglande merksemd omkring eldre med rusproblem og den behandlingss pessimismen som angiveleg råder, til ei viss grad heng saman med negative haldningar og stereotypiar om aldring og eldre.

Forfattaren (ibid) syner vidare til at forskarar har peika på *alderisme* som ei av årsakene til at eldre i mindre grad enn yngre får tilstrekkeleg utgreiing og behandling for sine problem.

Alderisme vert av Bytheway (1995) her referert i Daatland (2000:107), definert som ideen om at ein sluttar å bli som folk flest og i staden blir folk av ein bestemt og underlegen type i kraft av å ha levd et bestemt antall år, akkurat som rasisme er assosiert til hudfarge. I følge Butler kan vi skilje mellom alderisme som en fordomsfull haldning, som ein diskriminerande praksis eller som institusjonelle vaner (Andersson, (1997) her referert i Daatland (2000:107)).

Samstundes har bilete av rusmisbrukaren som blir presentert i media, også ei påverking på korleis vi forstår rusmisbruk. Vi veit også at det å vere avhengig eller misbrukar av rusmiddel kan føre til at ein vert sett ned på og stigmatisert. Fleire av informantane fortel som nemnt

tidlegare, at stigmatiserande haldningar, spesielt overfor dei eldre mennene, er vanleg både blant folk generelt og blant helsepersonell. Eldre med rusmisbruk kan faktisk vere dobbelt stigmatisert. Dei bryt normer om korleis ein skal bruke rusmiddel, samstundes som dei også bryt med idealet om å vere aktive og ressurssterke pensjonistar. I alle tre kommunane er det vanleg å samle sosialklientar, menneske med rus- og psykiatriproblem i kommunale bustader. I Staden er det eit stort område der det meste av byens "sosiale tilfelle" er samla. Eg tenkjer at dette kan vere med å forsterke stigmatiseringa. Men på den andre sida vert det gjennom informantar sine utsegn, synt til at brukarane synest dette er greitt. Dette vert forklart med at dei føler seg meir heime, når dei ser at andre også har problem. For nokre brukarar kan det opplevast vanskelegare å bu i eit område der alle andre er tilsynelatande "vellukka".

I materialet mitt har eg nemnt erfaringar informantane har både med menn og kvinner, og ein ser altså klar tendens til at mennene er dei som er mest stigmatiserte. Det verkar som om både helsepersonell og folk flest føler mest avstand til denne gruppa. Psykiatrisk sjukepleiar i Fjorden er særst oppteken av nettopp dette, og fortel at det å jobbe med haldningar blant helsepersonellet er svært viktig. Haldningane ein har vil påverke utøving av pleie og omsorg overfor ei frå før av sårbar gruppe, og informanten minner om følgjande; *"Som sjukepleiarar så må vi ikkje gløyme samfunnsansvaret vi har overfor denne gruppa som er så stigmatisert ute i samfunnet. Og vi har ei stor og ugjort oppgåve når det gjeld å tale vel om dei"*.

Thorsen og Wærness (1999:12) uttrykkjer at eldreomsorga tek utgangspunkt i både dei rådande førestillingane om korleis aldring føregjeng, korleis dei eldre "er", og korleis deira situasjon bør vere. Vi ser at eldre med rusmiddelmisbruk bryt med førestillingane innanfor ein individualiserande modernitet der norma om autonomi står sterkt (ibid). Vi lever i eit helseorientert samfunn der ein i stadig sterkare grad legg vekt på den einskilde sitt ansvar for eiga helse og eigen alderdom. Brukargruppa eg set søkjelyset på, bryt nok langt på veg med denne tankegangen.

Det å verte gamal og i tillegg vere avhengig eller misbrukar av rusmiddel, vitnar såleis om at ein kanskje ikkje har lukkast her i livet. Det å vere rusmisbrukar medfører også at ein kan verte påført livsstilssjukdomar. I eit samfunn med stort fokus på helseopplysning, burde ein vel, litt floskete sagt, vite kva som er lurt eller ikkje. Alle veit no at det er helseskadeleg å røykje, og at det å drikke hyppige og store mengder av alkohol er skadeleg. Eg tenkjer at fallet kan verte desto høgare for dei som ikkje klarer å leve på ein "normal" måte. Nokre av informantane mine forstår rusmisbruk som sjølvforskyldt, og har kanskje vanskar med å godta

at dei må bruke store ressursar hjå brukarar som har sjølvpåførte vanskar, når den neste på lista er eit kreftsjukt barn.

Eit siste moment eg vil trekkje inn i forhold til common sense oppfatningar, handlar om samfunnet sitt syn på eldreomsorg. I eit historisk perspektiv har eit lekmannsperspektiv hatt mykje å seie for haldningane til mange av yrka i velferdsstaten (Heggen, 2008:329). Det var lenge liten grad av krav om formell utdanning for å arbeide som sjukepleiar, lærar, sosialarbeidarar eller førskulelærar. Ein såg gjerne etter personar med dei rette personlege eigenskapane, og det å ha ”godt lag” har blitt vurdert som viktigare enn formell utdanning (ibid). Såleis var det å ha ”sunt bondevett”, personlege eigenskapar og godt lag med menneske avgjerande. Heggen (ibid) meiner at slike haldningar kan bli oppretthaldne også fordi mange velferdsyrke framleis blir sett på som kvinneyrke, med arbeidsoppgåver som ligg nær kvinners tradisjonelle, ulønna innsats i oppgåver knytt til oppfostring, pleie og omsorg. Dette kan også forklare nokre av informantane sitt syn på brukars rusmisbruk, og også i forhold til kva rolle og ansvar dei opplever å ha. Heimetenesta er dominert av kvinnelege arbeidstakarar. Spesielt heimehjelpene kan identifisere seg med lekmannsperspektivet, og dermed tenkje at dei er med ein brukar fordi dei skal hjelpe vedkomande i forhold til typiske huslege oppgåver. Eg tenkjer at dei kanskje ikkje føler at dei har ansvar for å drive med rusomsorg/rusbehandling. Tibell (2002) fann at heimehjelpene som var med i denne studia såg på sitt yrke som eit stykke praktisk arbeid, og ikkje som førebyggjande behandlingsarbeid. Røyndomen vil likevel kunne bere preg av noko anna. Eg får ei oppfatning av at heimetenesta driv med ei slags *skjult* rusomsorg. Dei støttar brukar i sine tyngste stunder, er der for vedkomande, passar på at han eller ho får i seg mat, steller dei, vaskar oppkast og ringjer legevakta. Likevel høyrer vi andre ikkje noko om denne problematikken, vi har ikkje fått noko indikasjonar på at den eksisterer.

Teoribasert kunnskap

Eg har så langt trekt inn erfaringsbasert kunnskap og common sense som komponentar i den einskilde sin handlingsteori. Ein andre hovudfaktor som er med å styre handlingsval og forståing, er den einskilde yrkesutøvaren sin *teoribaserte* kunnskap (Kvalsund, 2007:143). Eg har intervjuja både leiarar, sjukepleiarar og heimehjelpar. Yrkesgruppene har ulik utdanning og dermed ulik teoretisk bakgrunn. Sjukepleiarane har ei utdanning som gjer at dei kan kallast ein semiprofesjon. Dette er eit omgrep som Etzioni (1969) her referert i Heggen (2010:62)

nyttar om t.d sjukepleiarar og liknande yrke, fordi dei ikkje oppfyller kriteria om ein eigen kunnskapsbase og kontroll med yrkesfeltet, slik som til dømes legen eller psykologen gjer det. Knytt til sjukepleiarane i heimetenesta, kan ein nok til tider, sjå at dei vert meir styrte av stat og byråkrati enn av eigen kunnskapsbase. Heimehjelpene vil gjennom sin bakgrunn, ha ei litt anna plattform for å forstå og handle i sin yrkespraksis.

Helset (1999:93) uttalar i forbindelse med ei undersøking om kvaliteten på heimehjelpsarbeidet, at heimehjelpene for det meste er middelaldrande kvinner med eigen familie, med lav utdanning og med noko yrkeserfaring i tillegg til husmorerfaring. Helset (ibid) fann i si undersøking at heimehjelpene er dyktige, pålitelege, hardt arbeidande, men ei sårbar gruppe arbeidstakarar. Arbeidet deira er prega av hardt kroppsarbeid som ofte gir helseskadar, i tillegg til at det også er prega av tidspress. Dette er nok gjengs for informantane i mi studie også, og eg tenkjer at det i ein del tilfeller er nettopp heimehjelpene som tilbringer mest tid med den rusa brukaren. Mest tid, og med minst faglege omgrep og kunnskap å begripe med.

Men til tross for dette, heimehjelpene i mi studie står fram som tøffe, sterke kvinner som tåler ein støyt. Dei fortel om utfordrande situasjonar, men dei rømmer aldri ifrå dei. Kvi for? Handlar det om yrkesstoltheit, eller om det at det er viktig å kunne arbeide sjølvstendig? Dei formidlar at dei opplever å meistre arbeidet sitt, fordi dei har så lang erfaring. Dei fortel også om at dei aldri gir opp å hjelpe, at dei kjem igjen seinare på dag, eller at dei gjer berre det mest naudsynte dei dagane brukar er i dårleg humør eller form. Heile tida er det *erfaringane* som vert trekt fram som grunnlag for handling og det å meistre arbeidet. Deira førehandsteori inneheld såleis ikkje så mykje av den teoribaserte kunnskapen. Dei vert difor, slik eg ser det, avhengig av at kollegaene frå heimesjukepleia har den kunnskapen dei sjølv manglar. Men har heimesjukepleiarane denne kunnskapen, som i denne samanheng handlar om eldre og rus?

Leiar i Lien meiner at problema knytt til det å hjelpe brukarar med rusproblem ligg i tradisjonen med helsefagleg tenking i kommunane. Ho meiner at tverrfagleg kompetanse innafor same verksemda er ei nødvendigheit. Dette peikar også Herring og Thom (1997a) på, at det er naudsynt med tverrfagleg samarbeid for å gi eit tilfredsstillande tilbod til brukarane med rusmisbruk. Sjukepleiarane har i si utdanning eit hovudfokus på det helsefaglege, og dette er naturleg i forhold til den tradisjonelle sjukepleiefaglege arbeidet som er dominerande i tenesta. Problemet oppstår når sjukepleiaren må handtere brukarar som slit med t.d. rus åleine, fordi det då ikkje er nok med ein helsefagleg bakgrunn. Det er nok for å hjelpe brukar

med ernæring, medisiner, pleie og stell, men kanskje ikkje nok i forhold til å forstå og intervensere i forhold til rusproblematikken. Leiar i Lien syner til at helsepersonell kan ha ein tendens til å tru at det er lett å slutte med rusinga, og psykiatrisk sjukepleiar i Fjorden syner til at lettvinne løysingar som å formane eller ta i frå brukaren rusmiddel, kan vere resultat av manglande kunnskap om fenomenet rus. Ein kan sjå at omsorga kan verte mangelfull, og prega av dei tilsette si utilstrekkelegheit grunna manglande fagleg kunnskap å forstå og handle med. Det er viktig å presisere at det ikkje er mangel på omsorg i forhold til å sjå og støtte brukar i vanskelege stunder, men mangel på omsorg og tiltak i forhold til rusmisbruket.

Heimetenesta har med dei eldre å gjere, og som tidlegare nemnt kan verksemda plasserast i det som Wærness (1999:51) omtalar som omsorgsarbeid knytt til *vedlikehald* eller *stillstand*. Her vil omsorgsarbeidet ikkje føre til at brukar vert sjølvhjelpen eller uavhengig, men vil ha som mål å oppretthalde eit visst funksjonsnivå, og unngå forverring. Eg tenkjer at dette momentet også kan bidra til at det ikkje vert agert i forhold til brukars rusmisbruk. Dei tilsette kjem inn i ein styringslogikk der det først og fremst er ”vedlikehald” som gjeld. Dette, i tillegg til sjukepleiarane sin manglande kunnskap om rus, gjer at ein ikkje har brillar for å sjå moglegheitene for endring hjå den eldre rusmisbrukaren.

Ein av sjukepleiarane fortel at ho lærte om rus når ho gjekk på sjukepleiehøgskulen, dei andre to trekkjer einsidig på erfaring. Psykiatrisk sjukepleiar i Fjorden har vidareutdanning i rus, og har såleis ei fagleg kompetanse som kjem heimesjukepleiar og heimhjelp til gode. I Lien har ein eit velfungerande tverrfagleg samarbeid, som ser ut til å styrkje kompetanse og handlingskapasitet. I Staden derimot har ein ikkje slike ressursar å dra nytte av. Heimesjukepleiar og heimhjelp må stole på eigne erfaringar og vurderingar, og handlar etter beste evne i forhold til brukarane med rusproblematikk. Eg opplever at informantane både i Lien og Fjorden trekkjer kollegaene med ruskompetanse fram som særst viktige ressurspersonar. Det syner oss kor viktig det er med kompetanse. Har ein omgrep og kunnskap som gjer situasjonane meir forståelege og handterbare, kan omsorgsutøvinga få ein heilt anna kvalitet.

Men det er viktig å nyansere forståinga av teoretisk og praktisk kunnskap. Det er ikkje eit anten eller, og ein bør ikkje gløyme at teori også kan utviklast gjennom praksis. Kritikken av manglande deltakarperspektiv har særleg kome fram gjennom det som vert kalla det sosiokulturelle læringsperspektivet (Heggen, 2010:65). I dette perspektivet vert det henta inspirasjon både frå amerikansk pragmatismetradisjon med m.a. Mead og Dewey, og i frå den

kulturhistoriske tradisjonen med Vygotsky og Bakhtin. Dysthe (2002) her referert i Heggen (ibid) trekkjer fram at i dette sosiokulturelle perspektivet vert læring forstått som situert, grunnleggjande sosial, distribuert, mediert, språkleg, og at læringa spring ut av læring i *praksisfellesskap*. Brukar ein denne forståinga av læring, kan ein sjå informantane sine utsegn om at dei meistrar jobben sin til tross for store utfordringar, i eit nytt lys. Ein ser då sterkare betydinga av å samarbeide med kollegaer, dette å rådføre seg med dei andre i rapportane, eller det å gå to og to til brukar. Læringa har utgangspunkt i sosial aktivitet, og det å samarbeide med andre gjer at ein får delkompetanse som i sluttsum kan danne ein heilskap.

Schön (1987) her referert i Heggen (2010:97) legg vekt på læring i fellesskap og understrekar at det er evna til *refleksjon i handling* som kjenneteiknar profesjonell kompetanse. Ein har ikkje nokon garanti for at yrkesutøveren greier å transformere det han har lært i utdanning til praktiske handlingar. Det er som Heggen (ibid) seier det, ikkje mogleg å møte praksisfeltets mange utfordringar gjennom ei form for teoretisk rasjonalitet eller kunnskap åleine. Det vert viktig å få rettleiing og vere reflektert *i og over* profesjonell praksis. Eg tenkjer at denne forståinga knyter drøftinga mi saman. Vilkåra verksemdene har (jmf. bakkebyråkraten), gjennom retningslinjer, ressursar og kompetanse, vil ilag med dei menneskelege relasjonane og kva verdiar som er knytt til ”god praksis” (handlingsteorien), avgjere kva sjansar og utfordringar som er knytt til den aktuelle situasjonen. Såleis kan heimhjelpene ha danna seg ein praktisk teori som styrker dei i det å skulle stå i relasjon til rusa brukarar.

Praksisfellesskap med kollegaer frå heimesjukepleia kan koplast til eit situert læringsperspektiv. Wenger (2006:23) syner til at teoriar om situert erfaring legg hovudvekt på dynamikken i kvardagseksistensen, improvisasjon, koordinering og samspelskoreografi. Dei betonar handlekraft og intensjonar. Ein kan såleis forstå heimetenesta som eit praksisfellesskap, der heimhjelper, heimesjukepleiarar og leiarar opprettheld tette relasjonar til kvarandre, av gjensidig engasjement og eit felles repertoar. Ein slik praksis kan styrke dei tilsette sin kunnskap og handlingskapasitet, knytt til det å skulle stå i kvardagens utfordringar. Leiar i Lien uttalte at tverrfagleg samarbeid innan same verksemd er nødvendig for å styrke tenesta i forhold til m.a. brukarar som har rusproblem. Ein kan også tenkje seg at det tverrfaglege samarbeidet kan plasserast i det Wenger kallar for praksisfellesskap. Då får ein også relasjonar til andre yrkesgrupper som kan utvide kunnskapsgrunnlaget og handlingskompetansa til den einskilde.

Verdibasert kunnskap

Gjennom utdanning kan erfaringsbasert og teoribasert kunnskap knytast saman og vidareutviklast (Kvalsund, 2007:144). Det gjeld også den tredje kategorien av kunnskap som den personlege handlingsteorien omfattar, den *verdibaserte kunnskapen*. Dette inneber at handlingsteorien også tek opp i seg kunnskap som kan hjelpe profesjonsutøvarer til å tolke og velje mellom handlingsalternativ i ulike arbeidssituasjonar, det som *bør* gjerast (ibid). Det handlar då om å kunne ta moralske og verdimesseige avgjersler. Når vi handlar moralsk, er handlinga sjølv målet (Grimen, 2008:78). Handlinga er då autotelisk, som vil seie sitt eige mål. Verdimesseige avgjersler vil vere påverka både av personen sine personlege og yrkesfaglege verdiar.

Verdirasjonelle handlingar er ifølgje Weber handlingar som er bestemte av ei medveten tru på den ubetinga eigenverdien til etisk, estetisk, religiøs eller anna type åtferd, uavhengig av utsiktene til suksess (Gilje og Grimen, 1993:208). Såleis vert handlingane sin eigenverdi overordna nytta av konsekvensane. For ein person som handlar verdirasjonelt, vil det då vere verdiane og korleis dei skal realiserast, som avgjer kva som er rasjonelt å gjere i ein konkret handlingssituasjon. Knytt til empowerment tenkinga ser ein at dei verdirasjonelle handlingane vert viktige. Fokus vil verte retta mot den andre (klienten) som eit subjekt i ein unik situasjon, jmf. subjektivitetsprinsippet. Skjervheim (1972), her referert i Ekeland (2007:42), framhevar at likeverd, respekt og omsorg er kvalitetar vi må halde i hevd som sine eigne mål, og ikkje som middel for noko anna. Knytt til offentleg sektor og ulike perspektiv på organisasjonar, kan verdirasjonelle handlingar koplart til eit institusjonelt perspektiv. Der vil det vere større rom for at organisasjonane har eigne institusjonelle reglar, verdiar og normer som gjer at aktørane har sjølvstendig innverknad på avgjerdstaking. Dermed kan dei på ein meir adekvat måte tilpasse handlingane og metodane til den einskilde klient.

Knytt til informantane sine forteljingar, kan verdirasjonell handling koplart til det å stå den rusa brukaren bi, når han eller ho har det vanskeleg. Det handlar om å hjelpe brukar her og no, det handlar om å ville nytte mykje tid og ressursar med brukaren for å få han eller henne på beina igjen, til tross for at ein veit at vedkomande kjem til å ruse seg igjen og igjen. Aristoteles nyttar omgrepet *praxis* om handlingar som ikkje har noko føremål utanfor seg sjølv, og der hovudsaka ikkje er at noko vert framstilt, skapt og produsert (Skjervheim, 2001:147). Handlingane som dei tilsette i heimetenesta utfører, vil mest sannsynleg ikkje føre

fram til at brukar vert rusfri, det vil berre berge han eller ho – her og no. Men det er nok, sett i eit slikt verdirasjonelt perspektiv.

Som Kvalsund (2007:144) poengterer, kan den einskilte sin handlingsteori ha heilt ulike tyngdepunkt. Den kan vere erfaringstung, men samstundes svak på teoribasert kunnskap og omgrep, noko som kan gjere yrkesutøveren blinda av handlingsteorien. Det kan også omvendt, vere for stor tyngd av teoretisk kunnskap som gjer aktøren handlingslamma i praktiske situasjonar. Grimen (2008:74) fangar dette med å seie at samhengane i profesjonskunnskap er *praktiske synteser*, der ulike brokkar av kunnskap er sett saman på ein bestemt måte fordi dei utgjer meningsfulle delar i yrkesutøvinga forstått som ein praktisk heilskap eller eining. Som sjukepleiar må ein ha kunnskap både om helsefaglege område, samstundes som ein må ha praktiske ferdigheiter for å kunne utøve arbeidet, og også for å samhandle med pasient eller brukar. Knytt til mine informantar ser eg manglande fagleg kunnskap om rus, og dette gjer at dei tilsette kanskje må vege opp for den manglande faglege kunnskapen med å ha hovudtyngd på praktiske ferdigheiter og kommunikasjon, samt evne til å samarbeide tverrfagleg med å søkje hjelp og rettleiing med andre verksemder.

I gjennomføring av mi undersøking følte eg at temaet eg drog på banen ikkje var særleg diskutert i dei tre kommunane. Informantane bekrefta likevel at utfordringane med eldre og rus er der, og eg tenkjer at det nettopp kan handle om at informantane har vorte litt blinde i forhold til dette området i deira praksis. Det kan forståast på bakgrunn av at dei tilsette baserer praksis på ein erfaringstung handlingsteori. Dette vil særleg gjelde for heimehjelpene som kanskje manglar teoretisk kunnskap i det heile. Sjukepleiarane vil ha ei teoretisk plattform, men grunna manglande kunnskap om rus vil også deira praksis overfor rusmisbrukarane vere basert på ein erfaringstung praksis. Handlingsteorien blindar, og handlingane står i fare for å verte rutineprega og prega av gammal vane. Kvalsund (2007:144) poengterer at når omgrepa manglar, oppfattar vi ikkje innhaldet i fenomena og kjem ikkje lenger i å handtere utfordringane. Men ein skal ikkje undervurdere den einskilte sin praktiske teori, utvikla gjennom praksisfellesskap med kollegaer. Likevel oppfattar eg at det er viktige områder knytt til rusfaglege aspekt som diverre er mangelvare.

Manglande omgrep og forståing kan gjere dei tilsette blinde i forhold til område i praksis, og kan forklare manglande intervensjon i forhold til brukars *misbruk*. Fokus vert halde på å halde brukaren på beina, sørge for at vedkomande får mat, stell og medisin. Ein står brukar bi i

vanskelege stunder, og utøvar omsorg i situasjonar der rusinga gjer at han eller ho ikkje kan ta hand om seg sjølv. Men, det vert sjeldan gripe fatt i *rota* til vanskane, nemleg å gjere noko i forhold til rusmisbruket. Ein kan sjå at det vert naudsynt å få tilgang på ressurspersonar som har bakgrunn for å forstå og handle i forhold til utfordringane, i denne samanheng rus, for at dei tilsette skal kunne gi desse brukarane ei teneste som møter vanskane deira. I Fjorden og i Lien er dei på god veg med dette, i Staden er dette i følge informantane sine forteljingar, dessverre ei mangelvare.

Oppsummering

I kapittelet har eg drøfta empirien i lys av Lipsky sin teori om bakkebyråkratiet og ulike aspekt ved handlingsteorien. Gjennom å forstå informantane sine utsegn gjennom teorien om bakkebyråkratiet, har ein sett at bakkebyråkraten har nokre organisatoriske føresetnader som kan forklare delar av praksisen overfor eldre brukarar som misbruker rusmiddel. Ved å stå ansikt til ansikt med brukar vert den tilsette involvert i vedkomande brukar si sårbarheit. Den tilsette skal utøve politiske vedtak og byråkratiske reglar overfor eit eldre menneske som på bakgrunn av rusmisbruk og andre tilstandar er hjelpetrengande. Den tilsette vert utfordra på å balansere byråkratiske mål med meir brukarorienterte mål om myndiggjering og autonome brukarar. Vidare kan velferdsstaten sitt høge krav til universell velferd og likskap skape store forventningar og ei sterk bevisstheit om at befolkninga sine behov for bistand skal takast på alvor. Dette kan forklare informantane sin velvilje med å skulle hjelpe brukarar på område dei har lite kunnskap om. Sjukepleiarane i 1. linje tenesta tek på seg ekstraoppgåver blant anna fordi det framstår som eit personleg ansvar å kompensere for avgrunnen mellom fagleg kapasitet og kvalitet. Difor ser ein at førstelinjetilsette med sterkt fagleg engasjement kan vere svært lette å utnytte. I staden for å rope høgt om manglande kunnskap i forhold til brukars vanskar, gjer ein arbeidet sjølv, etter beste evne. Dette kan vere ein medforklarande faktor til kvifor dei tek på seg utfordrande oppgåver knytt til rusproblematikk.

Brukarar som misbruker rusmiddel er ei ressurskrevjande brukargruppe, og utfordra såleis bakkebyråkraten sine knappe ressursar i form av både tid og kunnskap. I tillegg er bakkebyråkratia kjenneteikna ved å ha vage og motsetnadsfylte mål. Knytt til mitt materiale synest måla å vere noko fråverande i forhold til brukarar med rusproblem. Omsorga kan difor bere preg av å vere personavhengig og har også preg av ha fokus på helseaspekta ved brukars situasjon. Ikkje minst vert skjønnsutøvinga ein nødvendig føresetnad for å takle utfordringane.

Kor lenge er det forsvarleg at brukar bur i heimen sin, kva gjer ein når brukar har drukke seg frå sans og samling, og kva gjer ein når den eldre dama blandar høgt forbruk av medikament med vin? Spørsmåla og utfordringane står i kø, omgrep og kunnskap å begripe og handle i forhold til er ofte mangelvare. Mangelfull kunnskap, uklar oppfatning av ansvarsområde og personlege haldningar kan vere med å forklare at temaet eldre og rus vert usynleggjort i eldreomsorga. Likeeins vil det at eldreomsorga er ei såkalla stillestandsomsorg kunne forklare manglande intervensjon i forhold til rusproblematikken. Lekmannsperspektivet på eldreomsorg kan også forsterke faktorane som forklarar manglande intervensjon knytt til rusmisbruk frå heimetenesta si side, fordi det kan påverke den tilsette sitt syn på kva som blir forventa av dei på bakgrunn av internaliserte roller.

Common sense oppfatningar om både eldre og rus kan vere med å forklare ein usynleggjort tematikk. Vi lever i ei tid der ungdomsidealet står sterkt, og der fokus på det å ivareta eiga helse er mykje framme i media. Det å vere eldre, og i tillegg vere rusmisbrukar kan skape ei dobbel stigmatisering, både blant folk flest og blant helsepersonell. Manglande kunnskap skaper manglande forståing av rusmisbruk, og kan skape haldningar som at rusbruken er sjølvforskyldt. I tillegg vil bakkebyråkratiet vere kjenneteikna av å ha mange brukargrupper som konkurrerar om hjelparen si knappe tid. Det kan vere "lettare" å prioritere og yte omsorg overfor den kreftsjuke pasienten, enn den alkoholiserde mannen i den kommunale leiligheta.

Ein erfaringstung handlingsteori ligg såleis til grunn for den tilsette sin praksis. Informantane utfører oppgåvene sine i forhold til brukar etter beste evne. Yrkesutøvinga tufta på erfaring, og med habitus som kroppsleggjorde handlingsdisposisjonar kan likevel gjere den tilsette blind i forhold til dei område dei manglar kunnskap på. Dette kan forklare kvifor informantane er prega av å ha meistringskjensle når det gjeld å få gjort jobben sin. Dei vurderer utifrå dei kategoriane dei har, forforståinga av kva som er deira ansvarsområde. Dei er alle opptekne av å ivareta brukar på best mogleg måte. Praksis vert likevel på bakgrunn av erfaringstung handlingsteori, svekka i forhold til å agere og intervenere i forhold til brukars kanskje eigentlige problem, nemleg rusen. Omsorga ber difor ofte preg av å mangle aspekt direkte i forhold til rusproblematikk. Men ein ser at i kommunane der ein har fått til tverrfagleg samarbeid er det eit betre omsorgstilbod. Eg tenkjer at det likevel vil vere viktig å få inn meir kompetanse på det rusfaglege. Dei eldre brukarane ser ut til å verte noko gløynde, når det er snakk om både rus og psykiatri.

Kap. 8. Avslutning

Bakgrunnen for å gjennomføre denne studien var interesse for temaet eldre og rus. Formålet med prosjektet har vore å beskrive tilsette i kommunal heimeteneste sine erfaringar og praksis overfor eldre brukarar som misbrukar rusmiddel. I problemstillinga stilte eg spørsmål om kva *erfaringar* og *praksis* kommunal heimeteneste har overfor eldre brukarar (65+) som misbrukar rusmiddel. Eit andre formål med studien, var å setje ei forsømt gruppe i rusfagleg diskusjon og litteratur, nemleg dei eldre med rusproblem, i søkjelyset. Kan materialet og funna mine kome dei eldre og dei tilsette i heimetenesta til gode, tenkjer eg at dette kan vere med på å styrke begge sine posisjonar.

10 vaksne kvinner frå tre ulike kommunar har vore mine informantar, og har gitt meg innblikk i ei verksemd som byr på mangfaldige oppgåver og utfordringar. Gjennom å ha gjort greie for både metodologiske og teoretiske aspekt, empiri og fortolking, vonar eg å ha gitt lesaren eit interessant innblikk i ein mangefasetta tematikk knytt til eldre og rus. Vi har sett at heimetenesta sine tilsette har mange ulike erfaringar overfor brukarane. Funna eg presenterer samsvarar med mi forforståing om eit felt med manglande kunnskap om rus, og det samsvarar også i stor grad med det vesle av forskning som allereie ligg føre på området. Følgjande vil eg presentere sentrale funn i materialet.

Hovudfunn og konklusjonar

Etter å ha gjennomført intervju med tilsette i heimetenesta har eg fått ny kunnskap om kva erfaringar informantane har med eldre brukarar som misbrukar rusmiddel. Det viser seg at informantane ofte føler seg utrygge og usikre når dei står ansikt til ansikt med rusa brukarar. Dei møter brukarar som kan ha ei trugande rusåtferd, og dei må såleis tole å sjå, høyre og stå i til tider tøffe situasjonar. Som ein av informantane sa, "*du veit aldri kva som møter deg*". Bakkebyråkratiske kjenneteikn, som vage og konfliktfylde mål, knappe ressursar og ufrivillege brukarar set nokre av rammene for praksis.

Det kjem tydeleg fram i materialet at mannlige og kvinnelege brukarar kan ha ulike mønster i forhold til rus og rusåtferd, og det synast å vere mennene som vert opplevd som vanskelegast å forholde seg til. Tendensen er at mange av kvinnene har eit skjult misbruk, der det å kombinere medikament med alkohol er mest vanleg. Kvinnene er opptekne av å skjule sitt rusmisbruk, og dette skaper dilemma og utfordringar for heimetenesta. Det oppstår ofte

konflikter i forhold til at brukar prøver å lure til seg meir medikament. Dette kan skape vanskeleg relasjon mellom hjelpar og brukar, og det kan påverke omsorgsutøvinga. Det kjem også fram i materialet at det verkar mykje meir akseptert å vere avhengig av ein pille enn det er for alkohol, og dette gjer at mange av kvinnene ikkje misser nettverket sitt.

Mennene sitt misbruk er ofte meir ope, og mennene har ei anna rusåtfærd. Nokre kan vere verbalt utfordrande, aggressive og ha ustabil humør. Det viser seg at fleire av mennene er stigmatisert grunna langvarig rusmisbruk. Det kjem også fram i materialet at nokre av mennene er menneske som ikkje så mange vil ha med å gjere, verken i samfunnet eller blant helsepersonell. Mange menn er betydeleg meir einsame, og menn kan også vere meir nedprioriterte. For både mannlige og kvinnelege brukarar er det vanleg at rusmisbruket medfører fall, dehydrering, mangelfull ernæring og "hangover" (fyllesjuk), som gjer det vanskeleg å få stelt/pleia og gitt omsorg til vedkomande. Slike utfordringar vert løyst med å kome tilbake seinare på dag, ein tilpassar seg brukars form og humør så langt det let seg gjere. Vert tilstanden for gale, kan redninga vere å leggje vedkomande brukar inn på sjukeheimen, og ein har mest fokus på helsemessige aspekt ved misbruket. Tendensar i materialet tyder på at dei eldre ikkje er målgruppe for behandling/avrusing i 2. linje tenesta.

Materialet syner at brukarar som misbruker rusmiddel er ei ressurskrevjande gruppe. Det er då snakk om ressursar i form av tid, kunnskap og eit noko udekt behov av tverrfagleg samarbeid. Heimetenesta er prega av knappe ressursar, og dette vert vanskeleg å balansere mot brukarane sine omfattande hjelpebehov. Ingen av dei tre kommunane har eigne retningslinjer eller planar i forhold til eldre brukarar som misbruka rusmiddel. Dei eldre er verken spesielt nemnt eller utelukka i planar knytt til rus eller andre kommunale tenester. Vidare er det organisert samarbeid med psykiatritenesta både i Lien og Fjorden. I Lien har ein i tillegg eit godt fungerande tverrfagleg samarbeid med fleire andre tenester. Dette vert trekt fram som ei uvurderlig hjelp for dei tilsette, og gir ei betre, heilskapleg teneste for dei eldre. Eg ser likevel at det er helsefagleg tenking som dominerer blant heimesjukepleiarane og heimhjelpene. Dette er for så vidt naturleg i og med at det er helseproblem som er dominerande behovsgrunnlag hjå dei fleste brukarane. Det kan imidlertid vere for eindimensjonalt i forhold til å handtere brukarar som har rusproblem.

Desentralisering og avinstitusjonalisering i psykiatrien, har også gjort at kommunane stadig får nye og ressurskrevjande brukargrupper knytt til psykiatri og rus. Eg tenkjer at dette i seg sjølv syner at det er behov for andre meir sosialfaglege perspektiv for å kunne yte ei

fullverdig teneste. I Staden står heimetenesta som regel åleine om å handtere brukargruppa. Informantane står med mange ubesvarte spørsmål knytt til kva dei skal gjere i ulike situasjonar. Informantane kjem med utsegn som tyder på at dei føler at dei forsømmar brukarane med rusproblem, fordi dei rett og slett ikkje veit korleis dei skal handtere dei. Til tross for dette står informantane fram som flotte personar som er opptekne av å hjelpe brukar så godt som dei kan, med den kunnskapen og erfaringa ein har. Difor får brukarane omsorg i forhold til å verte sett og høyrte, men ikkje i forhold til det som kan vere bakgrunnen for misbruksproblematikken.

Men til tross for stor vilje, er organisatoriske rammer og handlingsteorien til den einskilde også føresetnader for korleis omsorga overfor brukar vert gitt. Bakkebyråkraten sine ansikt til ansikt relasjonar med brukar, vil skape umiddelbare situasjonar der det må handlast her og no. Skjønnsutøvinga vert tufta på ein erfaringstung handlingsteori, og helsemessige oppgåver er det som dominerar. Fleire av informantane gir uttrykk for at dei oppfattar rusen som eit tilleggsproblem, som dei eigentleg ikkje føler ansvar i forhold til. Dette kan forklarast med organisatoriske faktorar som vage og motsetnadsfylte mål, og i enkelte tilfelle også mangel på mål.

Det er mangel på fagleg kunnskap om rus, og fleire av informantane trekkjer fram at lang erfaring kompenserer for manglande fagleg og teoretisk kunnskap. Det vert vidare eit interessant funn at informantane til tross for manglande kunnskap, opplever å meistre mange situasjonar og utfordringar med rusa brukarar. Ein skulle tru at den manglande kunnskapen ville gjere dei tilsette famlande og usikre, men fleire av informantane gir uttrykk for at dei får gjort det dei skal. Informantane sine forteljinga vitar om kvinner som står på og aldri gir opp. Det undrar meg at vi ikkje har høyrte meir om denne yrkesgruppa sine arbeidsvilkår. Til tross for mangelfull kunnskap og rammer for å handtere brukarane, står dei på og gjer det dei kan. Det å gå to og to til dei mest krevjande brukarane skaper tryggleik. Vidare vert lang erfaring i yrke trekt fram som ein føresetnad for å vere trygg i krevjande situasjonar. Spørsmål og vanskar vert teke opp med kollegaer eller leiar, i rapportar og andre samanhengar. Dei tilsette er såleis i eit praksisfellesskap som gir dei ein arena for å diskutere og finne løysingar. I denne konteksten har dei danna ein praktisk teori som hjelper dei i ein tøff kvardag.

Når det gjeld intervensjon i forhold til brukars rusmisbruk, kan ein summere opp med å seie at det vert gjort lite i forhold til å behandle vedkomande for rusmisbruket. Intervensjonar handlar som tidlegare nemnt, først og fremst om helsemessige aspekt ved misbruket. Nokre av

informantane gir uttrykk for at dei meiner det ikkje er meining i å starte med avrusing eller rusbehandling blant eldre. Oppfatningar som at brukar må få ha denne gleda, eller at ein ikkje kan begynne å snu opp ned på livet til ein åttiåring er døme på forklaringar. Likeeins vil det at eldreomsorga høyrer inn under stillestands eller vedlikehaldsomsorg, kunne skape haldningar eller mål om å berre halde brukar på beina gjennom ”brannsløkkingsarbeid.” Det kan handle om at brukar får eit opphald på den lokale sjukeheimen for å ”feite” seg opp litt. Det kan også handle om å stå brukar bi når han ikkje klarer å ta hand om seg sjølv, lage mat, tørke spy, vere diplomat, vere medmenneske.

Eg kan såleis konkludere med at informantane har brei erfaring med eldre brukarar som misbruker rusmiddel. Møte med brukar kan verte prega av vanskelege situasjonar der brukar anten er rusa, eller tydeleg merka av misbruket sitt i form av dårleg form, ustabil humør og liknande. Praksis overfor brukarane er prega av bakkebyråkraten sine ansikt til ansikt relasjonar der den tilsette ofte føler seg utrygg og usikker på kva ein skal sei eller gjer. Skjønnsutøving som er eit hovudkjenneteikn ved bakkebyråkraten, vert tufta på ein handlingsteori som er erfaringstung, og som kan blinde for å sjå kva som må gjerast i forhold til å forstå og intervenere i forhold til rusproblematikken. Likevel gir informantane uttrykk for at dei opplever å meistre utfordringane, at dei får gjort det dei skal. Dette kan forklarast med at handlingsteorien til den einskilde inneheld disposisjonar og førehandsteoriar som vil påverke deira måte å forstå og handle på. Lekmannsperspektivet, eldrebilete og personlege erfaringar og normer, påverkar også praksis, og gjer at det vert individuelle skilnader i praksisen.

Før eg presenterer tankar eg har om kva implikasjonar funna har for praksisfeltet og for vidare forskning, vil eg dele nokre refleksjonar om reliabilitet, validitet og overførbarheit av funna med lesaren.

Reliabilitet

Når du som lesar skal vurdere reliabiliteten av mine funn, handlar det om å vurdere forskingsresultata sin konsistens og truverdigheit (Kvale og Brinkmann 2009:250). Reliabiliteten vert ofte vurdert i samanheng med spørsmålet om korvidt resultata kan reproduserast på andre tidspunkt av andre forskarar. Såleis er det viktig å reflektere rundt korleis eg som forskar kan ha påverka resultata. Eg har medvete prøvd å presentere lesaren for

eiga rolle i forskinga, forforståing, metodologiske val og utfordringar som har vore ein del av prosjektet, og difor forhåpentlegvis lagt grunnlag for at lesaren kan vurdere framgangsmåtane mine. Utfordringane låg særskilt i intervjusamanheng, der det å prøve å unngå å stille leiande spørsmål var viktig. Eg har gjort greie for korleis eg utvikla intervjuguidane, og at eg har prøvd å stille informantane mest mogleg opne spørsmål innan dei aktuelle kategoriane. Likevel kan mitt kroppsspråk, tolkingar, responsar eller oppfyljingsspørsmål ha verka leiande for informantar sine utsegn. Eg har utelate å ta med informasjon og sitat frå informantar, der eg opplevde at eg kunne ha leia dei til bestemte svar. Det er fort gjort i ein intervjusituasjon å verte freista til å leggje vekt på ting som du sjølv som forskar er spesielt interessert i. Eg tenkjer det gjeld å finne ein balanse, mellom informanten sine interesseområde, og område du som forskar meiner er viktig i forhold til prosjektet. Likevel har sjølv sagt problemstilling og forskingsspørsmåla fungert som leiande i forhold til kva tema som vart sette på dagsorden. Dette er naudsynt for å kunne få gyldige svar på det ein spør om. Forskingsspørsmåla kan gi deg som lesar moglegheit til å evaluere spørsmåla si betydning for funna. Uansett vil eg som forskar ha påverka kunnskapsproduksjonen, og det vil vere umogleg å få akkurat dei same svara og resultat i ei anna studie, av den enkle grunn at vi er menneske med subjektive eigenskapar som førehandsteori, normer og haldningar. Men eg ser likevel at funna mine i stor grad samsvarar med funn i andre liknande studium (jmf. Kap 3), og tenkjer at dette er med på å styrke truverdigheita.

Validitet

Å validere handlar om å vurdere gyldigheita av funna. Det handlar om å stille spørsmål ved om metodane eg har nytta har vore egna til å undersøkje det eg skulle undersøkje, og om å vurdere eventuelle feilkjelder (Kvale og Brinkmann, 2009:250). Eg ville undersøkje kva erfaringar og praksis heimetenesta har overfor eldre som misbruker rusmiddel, og opplever at eg har fått mykje ny kunnskap knytt til det eg spurde om. Eg har intervju personar med førstehandserfaring i forhold til temaet, og opplevde mange intervjusituasjonar der eg som forskar og informantane hadde ein god interaksjon for kunnskapsproduksjon. Eg la vekt på å informere informantane om bakgrunn og formål med undersøkinga, og likeeins moglegheiter til å trekkje seg, om anonymisering og konfidensialitet. Dette kan ha vore med å skape tryggerammar for informantane, noko som også er viktig i forhold til kva svar ein får. Eg ser at fleire informantar i frå dei ulike kommunane har ein god del til felles, både i erfaringar og

praksis, og eg tenkjer at det kan vere med på å styrke gyldigheita. I tillegg valte eg å gjere både ei førstegrads- og ei andregrads fortolking av materialet. Eg tenkjer at det å først presentere funn i beskrivande kategoriar og med empirinære omgrep, sikrar betre at informantane sine utsegn kjem til syne. Det å sitere utsegn som informantane har ytra, kan i neste omgang gi lesaren høve til å vurdere om mine andregradsfortolkingar kan vere gyldige. Den empirinære førstegradsfortolkinga kan også vere nyttig for praksisfeltet, nettopp fordi det er presentert i empirinære termar som tilsette i andre heimetenester kan vurdere og samanlikne med egne erfaringar og praksisar. I andregrads fortolking vert det empirinære sett i lys av teoretiske omgrep og kan såleis forståast på eit anna nivå. Det å bruke meir erfaringsfjerne analyseformer er ei viktig tilnærming for å overskride deltakarane sin common sense- forståing. Denne andregrads fortolkinga gir eit djupare innsyn i kva deltakarane kan ha meint med det dei gjorde, kva tolkingar dei ga sjølve, samt mi eiga fortolking av dette. Argumenta, både egne og andre sine, vil kunne gi lesaren moglegheit til å vurdere tolkingane som har vorte gitt. Har eg som forskar kome med tolkingar og argumentasjonar som er gyldige sett i forhold til det eg forska på? Igjen vil måten eg har framstilt materialet på, om eg har vore tydeleg nok på kva som er egne tolkingar og argument, eller andre sine, vere viktig for at lesaren skal kunne vurdere gyldigheita av funna.

Overførbarheit

Den eksterne validiteten, overførbarheita, handlar i kvalitativ forskning om å stille spørsmål ved om funna kan gjelde i andre samanhengar, i liknande kontekstar. I dette prosjektet har eg intervjuet til saman ti personar i tre ulike kommunar. Eg har såleis ikkje med noko stort utval å gjere, og det gjer det umogleg å seie noko sikkert om det kan vere liknande erfaringar og praksisar i resten av heimetenesta. I tillegg har eg bevega meg i eit nokså lite utforska landskap, og har difor lite å samanlikne med. Likevel har eg gjort lesaren merksam på at mange av funna mine samsvarar med det vesle av forskning som er gjort i liknande kontekstar i Sverige og i Storbritannia, ved å syne til desse undervegs. I tillegg har eg også synt til ulike fagfolk som uttalar seg på området. Eg kan såleis snakke om at eg ser *tendensar* til at det er lite kunnskap om rus blant heimetenesta sine tilsette. Eg kan også sjå at det er *tendensar* til at dei eldre verkar å vere ei forsømt gruppe når det gjeld intervensjon i forhold til rusmisbruk. Området eg har forska på, er eit førebels lite utforska område, og dette gjer det sjølvstøtt vanskeleg å kunne trekkje slutningar om større samanhengar. På bakgrunn av desse

refleksjonane, vil eg no avslutte prosjektet med å presentere tankar eg har rundt funna sine implikasjonar for praksis, og også for vidare forskning.

Implikasjonar for praksis og for vidare forskning

Kva kan så denne studien og funna ha å seie for kommunal heimeteneste sin praksis overfor dei eldre som misbrukar rusmiddel? Eg vonar at det å ha sett temaet på dagsorden kan vere med å skape meir medvit om at tematikken og problematikken knytt til eldre og rus eksisterer i kvardagen til mange tilsette i heimetenesta. Eit for meg *usynleg* område av praksis, har fått kome fram i lyset gjennom informantane sine forteljingar. Det *er* ein del brukarar, både kvinner og menn, som anten har drege med seg eit allereie eksisterande misbruk, eller som har etablert misbruk seint i livet. Heimetenesta vert utfordra i å forstå og intervenere i forhold til misbruket, til tross for manglande eller lite kunnskap.

På eit organisatorisk plan, meiner eg at funna indikerer at det er mangel på retningslinjer og avklaring av ansvar i forhold til kven som skal intervenere i forhold til kva, knytt til dei eldre sine rusproblem. Er det sosialteneste eller helseteneste som skal ha ansvar for dei eldre sitt misbruk? Vidare burde ein kanskje prøve å utarbeide retningslinjer for kva som kan gjerast dersom ein mistenkjer eller avdekkjer at brukar har rusproblem. Det vil sjølvsagt vere umogleg å lage ei ”oppskrift” på dette, men det kunne gjerast grep som gjer dei tilsette meir sikre på korleis dei skal vurdere og eventuelt setje i gang tiltak. Ein kunne såleis unngå at det vert personavhengig om ein gjer noko eller ikkje.

Materialet avdekkjer at det er ein kunnskapsmangel når det gjeld rusfaglege emne blant dei tilsette i heimetenesta i dei tre kommunane. Dette samsvarar med tidlegare forskning (jmf. Kap. 3). Praksis vert difor tufta på ein erfaringstung handlingsteori, som kan gjere dei tilsette ”blinde” i forhold til område dei ikkje har kunnskap på. Funnet indikerar at heimetenesta bør auke kompetansen til tilsette som skal arbeide med brukargruppa, for å kunne gi den hjelpa brukar har behov for. Kursing og temadagar er tiltak som kommunane bør takke ja til dersom dei får tilbodet. Herring og Thom var i si forskning klare på å seie at tilsette i heimetenesta er i ein posisjon til den eldre der dei har sjansen til å kunne avdekkje og intervenere i forhold til rusproblematikken, *dersom* dei får meir kunnskap på område.

Kunnskapsheving er såleis eit viktig stikkord, og vil nok også kunne påverke haldningar blant dei tilsette. Likeeins indikerar funna mine at det er viktig å jobbe med dei tilsette sine

haldningar til brukarane. Rusåtferd og utrygge situasjonar skaper kanskje dårleg relasjon mellom hjelpar og brukar, og mangel på kunnskap kan gjere at hjelparen ser berre det negative ved brukars livsførsel. Omsorga står difor i fare for å verte forringa. For å ivareta viktige prinsipp om brukars autonomi, bør praksisfeltet difor jobbe meir med haldningane til dei tilsette.

Materialet indikerar også at det bør satsast meir på tverrfagleg samarbeid. I Lien har ein fått til dette, og det vert trekt fram som særskild viktig for å kunne hjelpe brukar på ein heilskapleg måte. Gjennom å utveksle kunnskap med andre yrkesgrupper, kan forståing og dermed nye perspektiv å forstå brukar si åtferd utifrå, skape ein praksis som set brukar i eit nytt lys. Såleis kan praksisen legge grunnlag for ein meir fullverdig omsorg.

Forsking knytt til eldre og rus har vore prega av fokus på helsemessige aspekt ved misbruket. Som Jyrkämä og Haapamäki (2008:57) peikar på, har forskinga om eldre personar sitt alkoholkonsum to sider. På den eine sida alkoholforskinga, der interessa for dei eldre først i seinare tid held på å vakne til liv, og på den andre sida forskinga om aldring, der alkoholen i første hand vert forstått som usunne konsum og åtferdsmønster. Forfattarane (ibid) meiner det er naudsynt å forene desse to områda. Eg kan seie meg samd i dette utifrå mine funn.

I prosjektet har eg sett på eit lite avgrensa område knytt til fenomenet eldre og rus, gjennom tilsette i heimetenesta sine forteljingar. Gjennom å ha sett meg inn i feltet, på kva litteratur og forskning som er gjort, tenkjer eg at det meste enno er ugjort på området. Forskinga kan difor ha mange ulike retningar, som alle kan vere viktige for å få meir kunnskap. Utifrå det eg har funne i materialet mitt, tenkjer eg at det syner behovet for meir forskning knytt til kva som kan vere konstruktive måtar å samarbeide på i eldreomsorga for å kunne hjelpe denne sårbare brukargruppa. Likeeins tenkjer eg at det er viktig å få meir kunnskap knytt til korleis sosiale og kulturelle tilhøve påverkar eldre sin omgang med rusmiddel og eventuelt misbruk. Dette kan gi viktig kunnskap for personar som skal jobbe med eldre. Faktorar som kan redusere faren for utvikling av rusmisbruk er viktig i førebyggjande arbeid, også i eldreomsorga.

Litteraturliste

Carlstrøm, T. og A. L. Westman (2005). *Bemötande av äldre missbrukande vårdtagare inom hemtjänsten*. Lund: Lunds Universitet, Socialhögskolan.

Christensen, T. , P. Lægreid, P. G. Roness og K. A. Røvik (2007). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Daatland, S. O. (1992). Å bli gammel i Norge; Om eldrepolitikken fra før til nå. I S. O. Daatland og P. E. Solheim (red), *Og du skal leve lenge i landet. Dilemmaer og veivalg i eldrepolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Daatland, S. O. og P. E. Solheim (2000). *Og du skal leve lenge i landet. Dilemmaer og veivalg i eldrepolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Da Silva, A. B. (2006). *Etikk og menneskesyn i helsetjeneste og sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Denscombe, M. (2008). *Ground Rules for Good Research. A 10 point guide for Social Researchers*. Buckingham: Open University Press.

Det kongelige helse- og omsorgsdepartement (2005-2006). *St. meld. Nr. 25. Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Akademika AS.

Ekeland, T. J. (2007). Kommunikasjon som helseressurs. I T. J. Ekeland og K. Heggen (red), *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Evjen, R., Kielland, K. B. og T. Øiern (2007). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Fangen, K. (2008). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fekjær, H. O. (2004). *RUS. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gilje, N. og H. Grimen (2007). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander og L. I. Terum (red), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Grimen, H. og A. Molander (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander og L. I. Terum (red), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Gunnarsson, E. (2008). Äldres vardagsliv, äldreomsorg och framtid. I J. Jyrkämä og L. Haapamäki (red), *Äldrande och alkohol*. Helsingfors: Nordiskt center för alkohol- och drogforskning (NAD).

Heggen, K. (2010). *Kvalifisering for profesjonsutøving. Sjukepleiar-lærer-sosialarbeidar*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Heggen, K. (2008). Profesjon og identitet. I A. Molander og L. I. Terum (red), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Helse- og omsorgsdepartementet, (2010). http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-_og_omsorgstjenester_i_kommunene/omsorgstjenesten.html?id=426407

Helset, A. (1999). Hjemmehjelp for gamle mennesker – er det problemer med kvaliteten?. I K. Thorsen og K. Wærness (red), *Blir omsorgen borte?*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Herring, R. og B. Thom (1998). The role of home carers: Findings from a study of alcohol and older people. I *Health care in later life*, volum: 3, År: 1998 Heftenr.: 3 s. 199-211.

Herring, R. og B. Thom (1997). Alcohol misuse in older people: the role of home carers. I *Health & social care in the community*, volum: 5, År: 1997 Heftenr.: 4 s. 237-245.

Kalleberg, R. (2007). Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. I H. Holter og R. Kalleberg (red), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kvale, S. og S. Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvalsund, R. (2007). Brillene vi ser med – utfordringar i profesjonelt arbeid med funksjonshindra barn og ungdom. I T. J. Ekeland og K. Heggen (red), *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lingås, L. G. (2008). *Etikk og verdivalg i helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lunde, L. H. (2010). Skadelig bruk av rusmidler hos eldre – et ikke-tema i fagmiljøene?. I *Demens & Alderspsykiatri*, vol. 14. nr. 3. 2010. s. 21-27.
- Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mastekaasa, A. (2008). Profesjon og motivasjon. I A. Molander og L. I. Terum (red), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mjåland, K. (2008). *Logikker, aktører og myndighetsstrukturer. En institusjonell analyse av rusfeltet etter rusreformen*. Masteroppgave, Sosiologisk institutt, Universitetet i Bergen
- Molander, A. og L. I. Terum (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nesvåg, S. (1994). *Rusmiddelbrukens kulturelle forankring*. I Temaserie 1994:2, Rusmiddeldirektoratet & Sosial- og helsedepartementet. S. 53-76.
- Nordiska ministerrådet (2005). *Äldreomsorgsforskning i Norden. En Kunskapsöversikt*. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Nordtvedt, P. (2001). Profesjonell omsorg – dyd eller ferdighet? I K. W. Ruyter og A. J. Vetlesen (red), *Omsorgens tvetydighet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Olsen, R. H. (1998). *Klok av erfaring? Om sansing og oppmerksomhet, kunnskap og refleksjon i praktisk sykepleie*. Oslo: Tano Aschehoug AS.
- Ravndal, E. (2009). Behandling eller kontroll- om disiplinering og makt i den norske rusmiddelsetjenesten. I *Nordisk alkohol & narkotikatidsskrift*, vol 26. 2009, s 74-79.
- Rundskriv I-8/2004. Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven.
- Ruyter, K. W. og A. J. Vetlesen (2001). *Omsorgens tvetydighet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Skjervheim, H. (2001). *Deltakar og tilskodar og andre essay*. Oslo: Aschehoug & Co. (W. Nygaard).

- Solheim, L. J. og B. Øvrelid (2002). *Samhandling i velferdsyrke*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Svensson, L. G. (2008). Profesjon og organisasjon. I A. Molander og L. I. Terum (red), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Tibell, A. (2002). Hjämtjänstens syn på vårdtagare med missbruksproblem. C-uppsats. Stockholm: Institutionen för socialt arbete, Stockholm. I J. Jyrkämä og L. Haapamäki (red), *Åldrande och alkohol*, NAD publikation 52. Helsingfors: Nordiskt center för alkohol- och drogforskning (NAD).
- Thorsen, K. og K. Wærnes (1999). Blir omsorgen borte? *Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Vetlesen, A. J. (2001). Omsorg – mellom avhengighet og autonomi. I K. W. Ruyter og A. J. Vetlesen (red), *Omsorgens tvetydighet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser 1. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Oslo: Akribe a.s.
- Wenger, E. (2006). *Praksisfællesskaber*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Wærness, K. (1999). Omsorg, omsorgsarbeid og omsorgsrasjonalitet- refleksjoner over en sosialpolitisk diskurs. I K. Thorsen og K. Wærness (red), *Blir omsorgen borte? Eldreomsorgens hverdag i den senmoderne velferdsstaten*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Wærness, K. (1992). Privat og offentlig eldreomsorg. Endringstendenser i dagens velferdsstat. I S. O. Daatland og P. E. Solheim (red), *Og du skal leve lenge i landet. Dilemmaer og veivalg i eldrepolitikken*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Aadnanes, P.M. (2007). Den uavhengige avhengige. I T. J. Ekeland og K. Heggen (red), *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstartkt forlag AS.
- Aase, T. H. og E. Fossåskaret (2007). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolking av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Orientering til informantar

Masteroppgåve med tema; "Kommunal heimeteneste i møte med eldre brukarar som er rusmiddelavhengige."

Om meg sjølv

Eg er 38 år og student ved Høgskulen i Volda. Eg arbeider for tida med ei masteroppgåve i helse og sosial. Eg er utdanna sosionom (2008), men er no fulltidsstudent for å fullføre mi masterutdanning. Oppgåva skal handle om korleis kommunal heimeteneste sin praksis er retta inn mot eldre brukarar (65+) som er rusmiddelavhengige.

Bakgrunn

Talet på eldre i befolkninga er stigande, og eldrebølgjene nært føreståande. Samstundes har alkoholvanane i befolkninga endra seg, med klare tendensar til at vi stadig drikk meir og oftare. Talet på menneske med problematisk rusmiddelbruk er eit aukande samfunns- og helsemessig problem. Mange dreg misbruket med seg inn i alderdomen, og slit med denne problematikken i tillegg til andre helserelevante eller sosiale problem. Andre utviklar eit rusmisbruk i eldre år av ulike årsaker. Eg ynskjer å setje søkjelyset på tematikken eldre og rus, fordi det syner seg å vere eit forsømt tema innan både rusforskning og eldreomsorg.

Formål med studien

Eg ynskjer med denne studien å få ny kunnskap om korleis kommunal heimeteneste sine praksisformer er retta inn mot eldre brukarar som er rusmiddelavhengige. Eg ynskjer å få kunnskap om kommunal heimeteneste si organisering, og tilsette sine erfaringar, kunnskap, utfordringar og intervensjonar i forhold til eldre med rusproblem. Eg vil gjennomføre ei kvalitativ studie og ynskjer å gjennomføre samtalar med både 1 leiar/evt distrikts- eller soneleiar for heimetenesta, 1 heimesjukepleiar og 1 heimehjelp i 3 ulike kommunar. Heimesjukepleiar og heimehjelp må ha erfaring med brukarar (65+) som er rusmiddelavhengige (alkohol/evt blandingsmisbruk piller). Kvar samtale vil vare i 1-1.5 timar. Under samtalen vil eg notere litt, og samtalan vil bli tekne opp på lydband. Lydbandopptak vil bli sletta ved prosjektslutt (des 2010/jan 2011).

Eg vonar å få gjennomføre intervjuet i juni, og oppgåva skal vere ferdig i slutten av november 2010. I prosessen med masteroppgåva vil eg ha rettleiing og oppfølging av professor Kåre Heggen ved Høgskulen i Volda.

Vonar at dette kan vere eit interessant tema å snakke om for deg som er tilsett i heimetenesta, og at eg får tilbakemelding på om du vil delta i studien. Dersom du har lyst å vere med på intervjuet, er det fint om du skriv under på den vedlagte samtykkeerklæringa og sender den til meg (sender ferdig frankert konvolutt til heimetenesta sin leiar).

I tillegg har eg utforma eit eige skriv som omhandlar anonymisering av deg som informant og kommunen du arbeider i.

Volda, 10. April 2010

Anne Kristine Kalvatsvik,

Myravegen 30

6100 Volda

Mob 41666616

.....

Samtykkeerklæring:

Eg har motteke informasjon om studien av kommunal heimeteneste sitt møte med eldre brukarar med problematisk rusmiddelbruk, og ynskjer å stille på intervju.

Signatur Telefonnummer

Avtale om anonymitet

Det er gitt informasjon om arbeidet med masteroppgåva for Anne Kristine Kalvatsvik.

Informantane er sikra anonymitet og kan trekkje seg frå studien når som helst i prosessen.

Også kommunen vil verte anonymisert.

Stad:.....

Dato:.....

.....

Informant

.....

Anne Kristine Kalvatsvik

masterstudent

Intervjuguide for heimesjukepleiar og heimehjelp

1.Kan du fortelje litt om deg sjølv?

- Kjønn
- Alder
- Utdanning
- Stilling, st prosent, turnus, kor lenge i jobben?
- Vidareutdanning, kurs?

2.Kan du fortelje om dine arbeidsoppgåver?

- Om ansvarsområde
- Medisinering
- Pleie, husvask, innkjøp m.m
- Andre oppgåver?

3.Har du erfaringar med eldre brukarar (65+) med rusproblem?

- På kva måte?
- Har du berre reigstrert det, eller har det påverka arbeidet ditt, og evt korleis?
- Kan du gi døme på situasjonar der det påverkar arbeidet ditt?
- Kva oppfatning har du av kva som er problematisk rusmiddelbruk?

4.Kor ofte møter du brukarar med rusproblem, og kor utbreidd er denne problematikken?

- Kan du fortelje om utfordringar i slike situasjonar? Om usikkerheit, redsle, dilemma, skjønnsutøving
- Taklar du utfordringane åleine, eller må du ofte trekkje inn andre? Kven snakkar du med då, og kvifor?
- Kva tid vert det eit problem for deg, i forhold til å utføre arbeidsoppgåvene dine?
- Kva tid opplever du at du må forholde deg til tematikken aktivt?
- Tenkjer du at brukarar med problematisk rusmiddelbruk er ei stigmatisert gruppe? Kvifor trur du/synest du det?

5.Om kunnskap og handtering av utfordringar/situasjonar knytt til eldre brukarar med problematisk rusmiddelbruk.

- Korleis opplever du at tematikken eldre og rus vert tematisert på din arbeidsplass?
- Kva kunnskap har du om problematikken eldre og rus? Har du oppfatningar om korleis kunnskapen på dette området er blant dine kollegaer?
- Kva beredskap opplever du å ha i forhold til å takle ulike utfordringar knytt til denne tematikken?

6.Er det noko du ynskjer å tilføye eller ta opp, som vi ikkje har vore inne på?

Intervjuguide leiar/ soneleiar i kommunal heimeteneste.

1. Kan du fortelje litt om deg sjølv?

- Kjønn
- Alder
- Utdanning
- Stilling i heimetenesta, kor lenge
- Vidareutdanning, kurs

2. Kva arbeidsoppgåver har du som leiar?

3. Kjenner du til om det er mange brukarar (65+) som har problematisk rusmiddelbruk i dette distriktet/ i denne kommunen?

- Veit du på kva måte dei har rusproblem?
- I kva grad dei har problem
- Om det er spesielle grupper av brukarar som slit meir med rusproblem enn andre? (kvinner, menn, dei med psykiske problem m.m)
- Opplever du å få mange henvendingar frå tilsette som møter brukarar med problematisk rusmiddelbruk?
- Kva dreiar evt. henvendingane seg om?
- Har du inntrykk av korleis medarbeidarane dine taklar utfordringane knytt til desse brukarane?

4. Har kommunen utforma særskilde retningslinjer/planar for tematikken ”eldre brukarar med problematisk rusmiddelbruk”?

- Kva type evt?
- Kjenner du til om det er eigen omtale av eldre med problematisk rusmiddelbruk i kommunen sin ruspolitiske handlingsplan?
- Er det utarbeidd eigen omsorgsplan, evt eldreplan i kommunen? Er tematikken eldre og rus omtala i denne?
- Er det noko tiltak for tilsette for å få ny kunnskap om eldre og rusproblematikk?

5. Har heimetenesta organisert særskilde tiltak overfor eldre brukarar med problematisk rusmiddelbruk?

- I tilfelle kva, og korleis?
- Eigne team, samarbeid med andre instansar
- Eigne retningsliner/ beredskap for handtering av mistanke eller oppdaging av rusmisbruk, i tilfelle kva og kvifor?
- Er det utforma retningsliner for korleis ein som tilsett forhold seg til brukar når han/ho er synleg rusa?
- Korleis er kontakt mellom heimeteneste og familie/nettverk til brukar når det er snakk om rusproblematikk blant brukarar?

6. Er det noko du ynskjer å leggje til, som du meiner vi burde ha snakka om?