



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Oppland

SLUTTRAPPORT

KARTLEGGING ELDRE OG RUS – KOMPETANSEHEVING ANSATTE



GJØVIK KOMMUNE



FORORD

Gjøvik kommune ved Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oppland, USHT Oppland har fra våren 2016 fått tilskuddsmidler via Helsedirektoratet over tilskuddsordningene: Tilbud til mennesker med langvarige og/eller sammensatte tjenestebehov og Kommunalt rusarbeid.

Vi ønsket med prosjektet å gjøre en bred kartlegging av hjemmeboende tjenestemottakere og tjenestemottakere i korttidsavdelinger i sykehjem over 60 år, som har eller er i risiko for skadelig alkohol eller legemiddelbruk, for deretter å iverksette relevante kompetansehevende tiltak rettet mot ansatte. Kartleggingen la grunnlag for og skreddersy et kompetanseprogram rettet mot ansatte og utvikle en tiltakspakke rettet mot målgruppen eldre over 60 år.

Prosjektet er gjennomført i Gjøvik kommune. Vi vil derfor rette en stor takk til pasienter og ansatte fra helse og omsorg, som har vært deltagende i prosjekter på ulike måter! De har vært med på å bidra til økt fokus på psykisk helse og rus hos eldre i Gjøvik kommune.

Forskningssenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS) har vært samarbeidspartnere i prosjektet og har hatt prosjektleder ansvar for den kvantitative evalueringen. Senter for omsorgsforskning (SOF) Øst har på oppdrag fra USHT, Oppland gjennomført kvalitativ evaluering ved hjelp av fokusgruppeintervjuer med ansatte fra hjemmetjeneste og korttidsavdelinger på sykehjem. Avdeling for Alderspsykiatri SI, Kompetansesenter Rus region Øst, og Mental helse har også vært samarbeidspartnere i prosjektet. Vi vil rette en stor takk til dere alle for deres bidrag og innsats i prosjektet! Det har betydd veldig mye for gjennomføringen av prosjektets ulike deler.

Rapporten er hovedsakelig skrevet av prosjektleder Elin Angen Michaelsen, USHT Oppland. Prosjektmedarbeidere Elisabeth Rosenvinge og Ingrid Julie Stadtler har skrevet loggrapport fra kartleggingen (Kapittel 3.2). Forskningsleder Sverre Bergh, AFS har skrevet oppsummeringen av den kvantitative evalueringen (Kapittel 4) og Siv Magnussen, Ann Katrin Blø Pedersen, Meselu Taye Kebede og Nina Beate Andfossen, SOF har skrevet oppsummeringen av den kvalitative evalueringen (Kapittel 5).

INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag	5
1.0 Innledning:	6
1.1 Bakgrunn for prosjektet	6
2.0 Organieringen av prosjektet	7
2.1 Presentasjon av prosjekt og styringsgruppe	7
2.2 Prosjektets hensikt og mål	8
2.3 FASE 1: 2016-2018	8
2.4 FASE 2: 2019-	9
3.0 Planlegging og gjennomføring av prosjektet	10
3.1 Beskrivelse av tiltak i FASE 1: 2016-2018	10
3.2 Loggrapport fra kartlegging/datainnsamling	11
3.2.1 Inkluderte avdelinger	11
3.2.2 Informasjonsbrev	11
3.2.3 Rekruttering av deltakere	12
3.2.4 Nei/ ja-liste (inkludert/ekskludert)	12
3.2.5 Samtykkeskjema/ registrering	12
3.2.6 Datasett/CRF	12
3.2.7 Deltakelse i prosjekt- og styringsgruppemøter	13
3.2.8 Erfaringer fra gjennomføring av kartlegging	13
3.2.9 Tilbakemelding til kartleggerne fra inkluderte avdelinger	13
3.3 Fremdriftsplan for 2017	14
3.4 Klinisk del II 2017-2018	14
3.4.1 Framdriftsplan 2018	17
3.5 Utarbeidelse av en tiltakspakke/behandlingstilbud del III:	17
3.5.1 Mandat Gjøvik kommune	18
3.5.2 Mandat for Oppland fylke	21
3.6 Markedsføring av prosjektet	22
4.0 Oppsummering kvantitative data	24
4.1 Bakgrunn	24
4.2 Metode	24
4.3 Etikk	24
4.4 Resultater	24
4.4.2 Kognitiv svikt, depresjon og angst	26
4.4.3 Livskvalitet og ADL funksjon	27
4.4.4 Rusbruk og medikamentbruk	27
4.5 Oppsummering	28
4.6 Konklusjon	28
5.0 Oppsummering kvalitative data	29
5.1 Bakgrunn for prosjektet eldre og rus	29
5.2 Metodisk tilnærming	29
5.3 Data innsamling	29
5.4 Rekruttering og utvalg	30
5.5 Transkribering og analyse	30
5.6 Resultater av evalueringen	30

5.6.1 Før oppstart av kompetansehevende tiltak	30
5.6.2 Bruk av rusmidler hos eldre.....	30
5.6.3 Oppmerksomhet rundt rusmiddelmisbruk	31
5.6.4 Hvordan personalet forholder seg til personer med rusmiddelmisbruk	31
5.7 Ved tidlig oppstart av kompetansehevende tiltak	32
5.7.1 Kunnskap om utbredelse av rusmiddelmisbruk	32
5.7.2 Oppmerksomhet på rusmiddelmisbruk	33
5.7.3 Behandling av eldre pasienter med rusmiddelmisbruk	34
5.7.4 Endring av praksis.....	35
5.8 Etter kompetansehevende tiltak	36
5.8.1 Endring i oppmerksomhet	36
5.8.2 Endring av samarbeid	36
5.8.3 Endring av praksis.....	37
5.8.4 Utfordringer i endring av praksis	37
5.8.4.1 Mangel på kunnskap og ferdigheter.....	37
5.8.4.2 Mangel på systematiske metoder og rutiner	38
5.8.4.3 Ledelsesforankring.....	39
5.8.4.4 Kurs til flere ansatte.....	40
5.8.4.5 Rus- og psykiatri-kontakt/sykepleier	40
5.9 Oppsummering og veien videre.....	40
6.0 Avslutning	42
7.0 Økonomi	43
8.0 Litteraturliste	44
9.0 Vedlegg	45

SAMMENDRAG

Kort beskrivelse av prosjektets ulike deler.

Plan for kartlegging del I, 2016-2017: Kartlegging og intervensjon: Ansatte 2 ressurspersoner/prosjektmedarbeidere som gjennomførte kartleggingstiltak/screening på alle hjemmeboende brukere over 60 år i 3 hjemmetjenestedistrikt og på 2 korttidsavdelinger i Gjøvik kommune, som samtykket til deltakelse i prosjektet. Hovedformålet med kartleggingen var å rette fokus mot: somatisk helse, rus, medikamentbruk, depresjon, kognitiv svikt og angst. Det ble gjort ca 240 kartlegginger av pasienter/brukere i hjemmetjeneste og korttidsavdelinger. Funnene og oppsummeringen fra kartleggingstiltakene vil beskrives senere i kapittel 4. Svarene fra kartleggingen ga oss en pekepinn i forhold til fokusområdene i Klinisk del II.

Klinisk del II, 2017-2018: Det ble laget en plan for kompetansehevende tiltak og samhandling rettet mot ansatte i kommunehelsetjenesten. Prosjektgruppa igangsatte arbeidet med Klinisk del II rettet mot ansatte, høsten 2017. Dette kalles heretter *kompetanseprogram*. Nedenfor beskrives kort satsningsområdene i kompetanseprogrammet rettet mot ansatte: Motiverende intervju (MI). Motiverende intervju er en brukersentrert, målfokusert og evidensbasert metode. Den har til hensikt å styrke personens indre motivasjon til å endre atferd. Grunnverdiene og teknikkene i MI øker sannsynlighetene til at personen gjør en endring. Motiverende samtale fungerer godt i møte med brukere med ulike utfordringer, og kan brukes overfor risikofyllt og helserelatert atferd. MI-kurset til ansatte ble organisert på følgende måte: Virksomhetsleder plukket ut 3 ansatte fra hver avdeling tilknyttet prosjektet. Det har også vært et fokus i kompetanseprogrammet å gi ansatte nok kunnskap og trygghet, for å kunne avdekke utfordringer innenfor psykisk helse og rus hos brukere over 60 år, for deretter å iverksette relevante tiltak. Tendenser fra kartleggingen som er gjennomført beskriver et stort trykk på temaet depresjon, angst og ensomhet. Det beskrives også et uttalt bruk av medikamenter, for å dempe indre uro. Vi besluttet derfor spesifikt å løfte temaet angst og depresjon hos eldre. Videre var tema omkring eldre og rus, samsykelighet og konsekvenser i fokus. Det ble også presentert og veiledet i relevante kartleggingsverktøy. Her presenterte også kartleggerne sine erfaringer med bruk av verktøy.

Videreføring av klinisk del II: 1) Kompetanseprogrammet. Kompetanseprogrammet i Gjøvik kommune var våren-høsten 2018 en del av det regionale kursprogrammet i Gjøvik regionen. 2) Med bakgrunn i del I og II ble det søkt om å opprette en alderspsykiatri/ruskoordinator stilling knyttet til ansatte i hjemmetjenesten og på sykehjem. Vi fikk midler til denne stillingen i mai 2018. Høst/vinter 2018-2019 har gått med til planlegging/organisering av stillingen ut mot Gjøvik kommune og Oppland fylke. Det blir en 50% Alderspsykiatri/ruskoordinator stilling knyttet til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oppland (USHT Oppland).

1.0 INNLEDNING:

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Det er en økende grad av eldre som drikker alkohol i dag enn for 15 år siden, spesielt ses en økning i aldersgruppen 66-79 år (Bye & Østhus, 2012). I tillegg til alkoholbruk står eldre for omtrent halvparten av legemiddelforbruket blant Norges befolkning (NTNU, 2012).

Hjemmetjenesten vil være en stor tjenesteyter i fremtidens omsorgstjenester, der målet er «å leve lengst mulig i eget liv, i eget hjem» (Morgendagens omsorg, Meld St.26 (2014-2015), Omsorg 2020). utfordringer omkring eldre og rusbruk blir sett på som et økende problem i de ordinære hjemmetjenestene. Det finnes lite, eller ingen dokumentasjon på omfanget, og det antas også å være en del underrapportering i hjemmetjenesten på dette området. Hjemmetjenesten og korttidsavdelinger i sykehjem har en tradisjon for å være lite spesialisert rundt annet enn de tradisjonelle arbeidsoppgavene, og vil derfor ha et behov for kompetansehevede tiltak med opplæring i risikovurdering og forebyggende arbeid, for å redusere økt behov for helsetjenester og/eller innleggelse i institusjon hos eldre med utfordringer innenfor rus og psykisk helse (Omsorg 2020).

«Nedbyggingen av institusjonspsykiatrien medførte at en ikke ubetydelig andel alvorlig psykisk syke mennesker ble flyttet ut i kommunene, og den stadige reduksjonen i langtidspsykiatriske sengeplasser gir kortere gjennomsnittlige liggetider, og innebærer en økt utfordring for kommunene». (Meld.St 26, 2014-2015, s, 114).

For å møte fremtidens primærhelsetjeneste, som har nærhet og helhet som nøkkelbegreper må vi begynne å arbeide tettere sammen på tvers av tjenestene i egen kommune, for å dele mer kunnskap og erfaringer med hverandre.

Prosjektet ønsket på bakgrunn av dette å rette fokus på psykisk helse og rus hos eldre i primærhelsetjenesten, samt bedre samarbeidslinjer på tvers i egen kommune og ut mot spesialisthelsetjenesten.

2.0 ORGANIERINGEN AV PROSJEKTET

2.1 Presentasjon av prosjekt og styringsgruppe

Prosjekteier: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oppland (USHT Oppland)

Prosjektansvarlig: Leder USHT Oppland, Målfrid Schiager

Styringsgruppe:

- Målfrid Schiager, USHT Oppland
- Einar Malmedal, Konstituert Tjenesteleder Hjemmetjenester
- Mette Hafstad, Tjenesteleder Sykehjem
- Karin B. Johnsrud, Tjenesteleder Tilrettelagte tjenester
- Birger Lillesveen, Fagsjef Alderspsykiatrisk forskningssenter SI
- Aud Obstfelder/Nina Andfossen, Senter for omsorgsforskning Øst, NTNU
- Britt Grethe Stensby Hagen, Tjenesteleder Enhet for tildeling og koordinering

Prosjektleder: Elin Angen Michaelsen, USHT Oppland

Prosjektgruppe:

- Inger-Britt Wraamann, Pårørenderepresentant. Måtte dessverre trekke seg fra prosjektet grunnet personlige årsaker
- Inger Bodvin, Mental Helse
- Sverre Bergh, Forskningsleder, AFS
- Britt Monica Jøndal, sykepleier 1, Hjemmetjenesten, Biri (har vært fraværende store deler av prosjektperioden)
- Linda Kolobekken, helsefagarbeider, Hjemmetjenesten avd. 7 (deltatt siste år, da opprinnelig deltager fra avdeling sluttet)
- Jane Ringsveen, hjelpepleier, Hjemmetjenesten avd. 6 (avd. 6 ble innlemmet i prosjektet siste år)
- Irene W Berthinsen, sykepleier 1, Somatisk korttidsavdeling
- Evy Andersen, virksomhetsleder Rehabiliteringsavdelingen (vekslende deltagelse fra avdelingen, har hovedsakelig vært Spl 1, Tone Larsen)
- Elin J. Lillehovde, avdelingsleder, Enhet for affektive lidelser, Avdeling for alderspsykiatri SI
- Bente Rognstad, psykisk helsearbeider 1, Psykisk helse, Tilrettelagte tjenester
- Tone Skjellet, spesialrådgiver, Ko-RUS Øst
- Monja Engen, saksbehandler, Enhet for tildeling og koordinering
- Prosjektmedarbeidere: Elisabeth Rosenvinge og Ingrid Julie Stadtler, begge sykepleiere (kartleggingsintervensjon avsluttet 16/2-2017).

Faglig veileder:

Runa Frydenlund, Nettverk Eldre og Rusbruk Oslo (Frydenlund, Runa, 2011).

Referansegruppe

Det oppnevnes ikke referansegruppe, men vektlegges at prosjektgruppa kan innkalle aktuelle samarbeidspersoner/ressurspersoner ved behov i prosessen.

2.2 Prosjektets hensikt og mål

Hovedmål

Kartlegge omfanget av-, og etablere gode rutiner for å ivareta, hjemmetjenestemottakere over 60 år som har eller er i risiko for skadelig alkohol eller legemiddelbruk. Det gjøres blant annet ved av å iverksette relevante kompetansehevende tiltak for ansatte i hjemmetjenesten og korttidsavdelingene, og vurdere behovet for etablering av ruskontakter/ressurspersoner på avdelingene.

Formål

Bruker: Utvikle en tiltakspakke for å ivareta de eldre med rusrelaterte utfordringer. Innhente erfaringer som er gjort ved Aldring og Helse, samt i Hamar kommune.

Ansatte: Gjennom kompetansehevende tiltak trygge personalet i møte med disse utfordringene. Det vil øke muligheten for å fange opp risikobrukerne, bedre helsetilstanden til brukere med et skadelig misbruk av alkohol- og legemidler, og ikke minst forebygge økt behov for helsetjenester og/eller innleggelse i institusjon.

Målgruppe

Hjemmeboende tjenestemottakere og tjenestemottakere i korttidsavdelinger i sykehjem i Gjøvik kommune fra 60 år og eldre

Inkludert i fase 1 2016-2018: 3 Hjemmetjenesteavdelinger, Somatisk korttidsavdeling, og Rehabiliteringsavdeling på Haugtun Omsorgssenter.

Fase 2 – fra 2019: Videreføre prosjektet til omliggende kommuner

Delmål:

1. Identifisere personer 60 år og eldre i Gjøvik kommune som har et problemfylt bruk/ misbruk av alkohol- og legemidler
2. Øke kompetansen innenfor psykisk helse og rus hos personale i hjemmetjenesten, ansatte i korttidsavdelingene og i frivillige organisasjoner, samt vurdere og identifisere ressursbehovet i det kommunale rusarbeidet

2.3 FASE 1: 2016-2018

Plan for kartlegging del I:

1. Kartlegging og intervensjon:
Ansette 2 ressurspersoner med relevant kompetanse, som skal gjennomføre

kartleggingstiltak/screening på alle hjemmeboende brukere over 60 år. Hovedformålet med kartleggingen vil være å rette fokus mot: SOMATISK HELSE, RUS, MEDIKAMENTBRUK, DEPRESJON, KOGNITIV SVIKT OG ANGST. Svarene fra pkt. 1 vil gi oss et grunnlag for en mer omfattende kartlegging av de tjenestemottakerne over 60 år med risiko for skadelig alkohol eller legemiddelbruk.

2. Ressurspersonene vil ha et ansvar for opplæring av ansatte i avdelingen i forhold til å avdekke hovedmålgruppen.

Klinisk del II:

Det vil bli laget en plan for kompetansehevende tiltak og samhandling i samarbeid med:

- KoRus - Øst kan bidra med kompetanse og opplæring innen rusfeltet.
- KoRus - Oslo ved Runa Frydenlund.
- Alderspsykiatrisk avdeling og Forskningssenter for aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS) ved SI, og Nasjonal Kompetansetjeneste for Aldring og Helse, vil bidra med opplæring og veiledning ift. depresjon, angst og kognitiv svikt.
- Bruk av egne ressurser i kommunen.
- Mental Helse og frivillige.

Utarbeidelse av en tiltakspakke/behandlingstilbud del III:

- Utarbeide et behandlingstilbud rettet mot denne brukergruppen, som ivaretar brukermedvirkning og behovet for helhetlige og sammenhengende bruker- og pasientforløp.

2.4 FASE 2: 2019-

Videreføre fase 1 ut til omliggende kommuner i Oppland

3.0 PLANLEGGING OG GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET

3.1 Beskrivelse av tiltak i FASE 1: 2016-2018

Plan for kartlegging del I:

1. *Kartlegging og intervensjon: Ansette 2 ressurspersoner med relevant kompetanse, som skal gjennomføre kartleggingstiltak/screening på alle hjemmeboende brukere over 60 år.*

Det ble noen utfordringer knyttet til organiseringen vedrørende ansettelsen av to prosjektmedarbeidere i forbindelse med ferietid hos de ansvarlige parter, som forsinket saksgangen omkring stillingsutlysning og ansettelsesprosesser. Opplæringen av de to nye prosjektmedarbeiderne ble i hovedsak startet opp i januar 2017.

Forskningsansvarlig på Forskningssenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS) fikk i midten av september 2016 godkjent søknaden til REK – Sør Øst (Vedlegg 1). Det ble i etterkant av dette igangsatt et samarbeid med Senter for omsorgsforskning Øst, NTNU (SOF) med tanke på gjennomføringen av den kvalitative evalueringen av prosjektet (Vedlegg 1). Representant fra AFS så seg ikke kvalifisert til å gjennomføre dette.

Kvalitativ evaluering ble gjennomført ved hjelp av fokusgruppeintervjuer, før, under og etter avsluttet prosjekt. Datoen for gjennomføring av første fokusgruppeintervju ble i desember 2016, satt til 17. januar 2017. På bakgrunn av at gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene må skje før prosjektstart, ble det derfor *bare* avholdt et styringsgruppemøte før jul, i november 2016.

Parallelt med dette ble det arbeidet med å ferdigstille datasettet/Case Report Form (CRF) til den kvantitative evalueringen. Det innebar hvilke kartleggingsskjemaer som skulle brukes av de to nyansatte prosjektmedarbeiderne i Fase 1 (Vedlegg 2). I tillegg til å ferdigstille datasettet laget vi i samarbeid med Kompetansesenter Rus region Øst (KoRus-Øst) og AFS planer for opplæring av prosjektmedarbeiderne og en fagdag/kickoff for prosjektgruppen og de øvrige ansatte på avdelinger knyttet til prosjektgruppen (Vedlegg 3).

Det ble bestemt opplæringsdag for ressurspersoner/prosjektmedarbeidere 9. januar 2017 og fagdag/kickoff for prosjektgruppen og de tilhørende avdelinger 2. februar 2017. Det ble på fagdagen frikjøpt inntil 4 deltagere fra hver avdeling knyttet til prosjektgruppen. I tillegg til dette fikk avdelingene tilbud om å sende det antallet deltagere de ønsket på fagdagen.

Det ble videre avholdt et informasjons/avklaringsmøte i forkant av kartleggingen for de involverte avdelingene i prosjektet. Det ble også utarbeidet et kort informasjonsbrev, som ble sendt ut til alle hjemmetjenestemottakere i de to inkluderte avdelingene i prosjektet (Vedlegg 4). Den samme informasjonen ble gitt av deltager i prosjektgruppen til pasienter på korttids- og rehabiliteringsavdelingen. Dette ble gjort i forkant av oppstart med kartlegging, for å sikre forutsigbarhet og trygghet for de som ønsket å delta på kartleggingen. Forskningsansvarlig på AFS utarbeidet et informasjonsskriv om prosjektet, som ble sendt til alle fastleger og sykehjemsleger i kommunen (Vedlegg 5). Oppsummert kan man si at prosjektet og dets fremdriftsplan lå i underkant av 2 måneder etter den opprinnelige framdriftsplanen, som ble beskrevet i prosjektspesifikasjonen.

Det ble gjort i underkant av 240 kartlegginger av hjemmeboende pasienter/brukere i hjemmetjenesten og på korttidsavdelinger. Funnene og oppsummeringen fra kartleggingstiltakene vil beskrives senere i rapporten. Resultater herfra vil også legge et grunnlag for *Utarbeidelse av en tiltakspakke/behandlingstilbud del III*, som beskrives senere i rapporten.

3.2 Loggrapport fra kartlegging/datainnsamling

3.2.1 Inkluderte avdelinger

Det ble før oppstart besluttet at to hjemmetjenesteavdelinger og to korttidsavdelinger i sykehjem skulle inkluderes i prosjektet. Én hjemmetjenesteavdeling i distrikt og én i bysentrum. Avdelingen i bysentrum har en stor andel omsorgsleiligheter, med ulik bemanningsgrad og kommunale utleieleiligheter. Kommunen har ca. 30.000 innbyggere, og målet var å kartlegge til sammen 300 personer. Ønsket var å få kartlagt ca. halvparten i hjemmetjenesten og halvparten i sykehjem. De to inkluderte korttidsavdelingene har funksjon som somatisk korttidsenhet og rehabiliteringsenhet. Etter hvert ble også lindrende enhet og en tredje sentrumsnær hjemmetjenesteavdeling inkludert i prosjektet, dette for å komme nærmere målet med antall kartlagte personer. Den tredje sentrumsnære hjemmetjenesteavdelingen har flere selveierboliger enn i den andre inkluderte sentrumsnære hjemmetjenesteavdelingen.

Det var noe forskjell på hvor mange som sa ja og nei i de forskjellige hjemmetjenesteavdelingene. Det var flere som sa ja i de sentrumsnære avdelingene enn den i distriktet.

Det viste seg i gjennomføringen av kartleggingene at flere av pasientene på korttidsavdelinger i sykehjem var så dårlige at de ikke var i stand til å delta i aktuell kartlegging. I tillegg var det også flere som av ulike andre årsaker ikke ønsket å delta i prosjektet. Det var derfor vanskelig å få gjennomført nok kartlegginger til at halvparten av all datainnsamling skulle komme fra sykehjem. I tillegg var det til tider liten turnover av pasienter i korttidsavdelingene. Mange pasienter blir ofte værende lenge i sykehjem i påvente av riktig omsorgsnivå og tilbud. Det ble derfor sendt endringsmelding i prosjektet, slik at antallet kartlegginger fra hjemmetjenesten og sykehjem ble justert i forhold til virkeligheten.

3.2.2 Informasjonsbrev

Det ble sendt informasjonsbrev om prosjektet til aktuelle kandidater ut i fra seleksjonsliste i elektronisk pasientjournal; Gerica. Alle som var over 60 år og hadde en eller annen form for tjeneste fra én av de tre inkluderte hjemmetjenesteavdelingene mottok dette informasjonsbrevet. Brev ble sendt i puljer etter hvert som flere avdelinger ble inkludert. Dette fungerte stort sett fint. Det var noen adresser som viste seg og ikke stemme, hvor brev kom i retur og det var noen som sa de aldri hadde fått brev.

Brevet informerte kort om prosjektet og det ble etter en stund gjort en justering vedrørende informasjonen, slik at det kom tydeligere fram at deltakelse i prosjektet var anonymisert. Alle aktuelle deltakere fikk informasjon om dette før de svarte ja eller nei. Det viste seg å være viktig for flere at deltakelse var anonymt. Det var også viktig for noen å få vite at det ikke var mistanke om rusmisbruk og at vi var interessert i å kartlegge helt uavhengig om de brukte alkohol eller ikke.

Det ble i tillegg laget et eget informasjonsskriv til bruk i korttidsavdelingene i sykehjem. Dette ble delt ut til alle som kom som nye pasienter til avdelingene under kartleggingsperioden.

Det ble sendt ut informasjonsbrev om prosjektet til alle kommunens fastleger, men det var ikke alle som hadde lest informasjonen. Én av kartleggerne snakket med en lege som mente hun ikke hadde fått brevet, men som i ettertid har lurt på hvordan det går med prosjektet.

3.2.3 Rekruttering av deltakere

Seleksjonslister fra Gericca ble systematisk gjennomgått av de to sykepleierne som gjennomførte all kartleggingen og nesten alle på listene ble oppringt for spørsmål om inkludering i kartlegging og avklaring vedrørende hjembesøk. Det var noen som ikke svarte da det ble ringt og det var heller ikke nok tid i prosjektet til å få fullført alle listene. De som ikke ble oppringt, mottok i ettertid et informasjonsskriv som forklarer at kartleggingen er avsluttet og at de derfor ikke får videre tilbud om kartleggingen i prosjektet. Noen ganger var det opplyst feil telefonnummer og noen brukere hadde flyttet. Gjennom telefonsamtalen fikk hver enkelt litt mer info om hva kartleggingen handlet om og de fikk mulighet til å stille spørsmål før de bestemte seg. Ca. halvparten av alle spurte svarte ja til deltakelse. De som svarte nei har enten svart nei uten videre utdyping for hvorfor de valgte å takke nei eller de forklarte hvorfor de ikke ønsket å delta. De mente de var for gamle, at de ikke orket belastningen de mener det er å bli kartlagt, at de ikke hadde noe å bidra med eller at de ikke hadde noen problemer i forhold til alkohol. Noen få trakk seg fra prosjektet i etterkant av gjennomført kartlegging, da ble kartleggingen ikke sendt inn og skjemaene ble makulert. De aller fleste husket avtalen vi hadde gjort over telefon for hjembesøket og kartleggingen. Avtalene ble som oftest gjort fra én til tre dager i forkant av hjembesøket, og unntaksvis mer enn tre dager før.

3.2.4 Nei/ ja-liste (inkludering/ekskludering)

Det ble i gjennomføringen av kartleggingsperioden ført systematiske lister over alle forespurte som takket nei til deltakelse. Disse listene ble oppbevart i låst system i henhold til Norsk senter for forskningsdata og adskilt fra all data som er sendt til AFS. Det samme gjelder for lister med alle navn til de forespurte som har takket ja til deltakelse. Innsendt datasamling er kodet etter tallsystem og navnelister er adskilt fra dette systemet.

3.2.5 Samtykkeskjema/ registrering

Hver enkelt forespurt, som takket ja til deltakelse i kartlegging, underskrev et eget samtykkeskjema for deltakelse i prosjektet. Hver enkelt deltaker beholdt én original og prosjektet den andre. Personer med demenssykdom har også vært inkludert. Der personen ikke hadde samtykkekompetanse ga nærmeste pårørende sitt samtykke. Da var også pårørende i visse tilfeller med under kartleggingen for å tilføye opplysninger det var vanskelig å få frem. Alle som ønsket at kopi av hele kartleggingen ble lagt i pasientjournal i Gjøvik kommune, har fått dette. I tillegg er alle skjema scannet inn i elektronisk pasientjournal – Gericca. Flere har ikke ønsket dette og all kartlegging er da kun sendt inn til prosjektet.

3.2.6 Datasett/CRF

Kartleggingsskjema og sammensetning av disse ble valgt ut i samarbeid med forskningsansvarlig ved AFS. Det er i tillegg laget en detaljert veileder for de to kartleggerne, slik at gjennomføring av all kartlegging skulle bli så presis og grundig som mulig. Veileder ble gjennomgått i forkant av kartlegging for å avklare

eventuelle uklarheter og misforståelser. I ettertid av gjennomføringen ble det vurdert at dette har fungert godt. Prosjektansvarlig ved AFS har vært tilgjengelig for spørsmål der noe har vært uklart eller for ting som har måtte avklares under veis

3.2.7 Deltakelse i prosjekt- og styringsgruppemøter

De to kartleggerne deltok på de fleste prosjekt- og styringsgruppemøtene som ble avholdt. Da ble det gitt tilbakemelding om hvor mange som var blitt kartlagt, hva som hadde vært problematisk i forhold til å få deltakere med, hva avdelingene hadde hatt slags spørsmål og hva de kartlagte lurte på. Det ble også diskutert hva som burde vektlegges av tjenester i kommunen, som at de eldre også må få faglig kompetanse til sin psykiske helse selv om det er knapt med ressurser i psykiatritjenesten. Kartleggerne var åpne for spørsmål fra alle deltakerne i de to gruppene.

3.2.8 Erfaringer fra gjennomføring av kartlegging

Hver enkelt kartlegging har variert i tidsbruk fra 45 minutter til tre timer. Dette har vært avhengig av hva hver bruker/ pasient ønsket å snakke om relatert til selve kartleggingen og for øvrig. Det har vært satt av god tid til hver kartlegging, nettopp for å kunne høre på- og møte hver enkelt på det de ønsket å snakke om. Kartleggingen bestod i å gjennomføre konkret datainnsamling og var ingen form for behandling. Allikevel har det ved flere tilfeller vært behov for konkrete tiltak ut i fra resultater av kartleggingen. Når deltakerne har ønsket det, har ulike instanser som for eksempel respektive avdelinger, fastleger eller andre tjenesteytere blitt koblet inn for videre relevant behandling. Det har gjennomgående vært svært gode tilbakemeldinger fra de som har deltatt i prosjektet og kartleggingen. Svært mange setter stor pris på at en sykepleier kommer på hjemmebesøk og har tid til å prate. I tillegg blir det fra mange påpekt at de synes det er flott at tema rus hos eldre blir belyst og kartlagt.

3.2.9 Tilbakemelding til kartleggerne fra inkluderte avdelinger

Det ble underveis i prosjektet ytret ønske om mer konkrete tilbakemeldinger til de inkluderte avdelingene på resultater fra kartleggingene som ble gjennomført. Det ble tidlig avklart at kartleggerne ikke hadde behandlende eller veiledende funksjon. Det ble videre avklart at der deltaker hadde samtykket til kopi av kartlegging i pasientjournal i kommunen, skulle kartleggerne sende en internmelding i GERICA med navn på de som var ferdig kartlagt i de respektive avdelingene. På den måten ble det opp til hver enkelt avdeling hvordan datasamlingen ble brukt i videre behandling og tjenesteyting til den enkelte. Til tross for at de fikk lister over hvilke brukere som var kartlagt som de ba om, kom det ingen tilbakemelding eller noen spørsmål til kartleggerne fra avdelingene.

3.3 Fremdriftsplan for 2017

Tiltak	Jan	Febr	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Rapportering og søknad om videreføring av midler	x											
Styringsgruppemøte			x		x				x			x
Prosjektgruppemøte		x		x		x			x	x	x	x
Opplæring av prosjektmedarbeidere	x											
Fokusgruppeintervju del I og II	x								x			
Fagdag for prosjektgruppen og deres avdelinger		x										
Fase 1, del 1: kartleggingstiltak		x	x	x	x	x		x	x	x		
Fase 1, klinisk del 2: Plan for kompetansehevende tiltak og samhandling			x	x	x	x		x	x	x		
Fase 1, del 3: Utarbeide tiltakspakke/beh.tilbud									x	x	x	x

3.4 Klinisk del II 2017-2018

Det ble i februar 2017 sendt søknad om videreføring av prosjektet, for å kunne fortsette arbeidet med Delmål 2:

Øke kompetansen innenfor psykisk helse og rus hos personale i hjemmetjenesten, ansatte i korttidsavdelingene og i frivillige organisasjoner, samt vurdere og identifisere ressursbehovet i det kommunale rusarbeidet

Det ble laget en plan for kompetansehevende tiltak og samhandling i samarbeid med:

- KoRus - Øst. Bidro med erfaring, kompetanse og opplæring innen rusfeltet.
- KoRus - Oslo. Hentet erfaringer fra prosjektet Nettverk eldre og rusbruk Oslo (Rusfag nr.1-2011).
- Alderspsykiatrisk avdeling og AFS bidro med innspill i forhold til depresjon, angst og kognitiv svikt.
- Bruk av egne ressurser i kommunen
- Mental Helse

Prosjektgruppa igangsatte arbeidet med Klinisk del II rettet mot ansatte, høsten 2017. Dette kalles heretter *kompetanseprogram* (Vedlegg 6). Forslag til kompetanseprogram ble høsten 2017 presentert og forankret i styringsgruppa. Bakgrunn for å ikke starte arbeidet med kompetanseprogram tidligere er begrunnet i prosjektets mål, om å bruke erfaringer hentet fra kartleggingen (Kapittel 4), og tilbakemelding fra fokusgruppeintervju runde 2, av ansatte i september 2017 (Kapittel 5).

Nedenfor beskrives de utvalgte satsningsområdene i kompetanseprogrammet rettet mot ansatte

Motiverende intervju (MI)

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser (ROP-retningslinja) anbefaler å bruke samtaleteknikken for behandling av pasienter med et problemfylt bruk/misbruk av rusmidler (Helsedirektoratet, 2012).

Motiverende intervju er en brukersentrert, målfokusert og evidensbasert metode. Den har til hensikt å styrke personens indre motivasjon til å endre atferd. Grunnverdiene og teknikkene i MI øker sannsynlighetene til at personen gjør en endring. Motiverende intervju fungerer godt i møte med brukere med ulike utfordringer, og kan brukes overfor risikofyllt og helserelatert atferd. Motiverende intervju ble utviklet for behandling av alkoholproblemer, men etterhvert er det god evidens på å bruke MI når man ønsker å jobbe med livsstilsendringer (KoRus-Øst). Vi har med bakgrunn i det brede nedslagsfeltet som MI har, valgt å rette hovedfokus i kompetansehevingen av ansatte mot denne metoden.

Det ble organisert på følgende måte:

Virksomhetsleder på avdelinger valgte ut 3 ansatte fra hver avdeling tilknyttet prosjektet etter følgende kriterier (Vedlegg 7)

- Deltager fra avdeling i prosjektgruppa
- Engasjement for og ønske om å lære mer om MI
- Kan påta seg en superbrukerrolle i egen avdeling
- Ønske om at virksomhetsleder og/eller fagansvarlig sykepleier 1 deltar fra hver avdeling med bakgrunn i forankring.

Følgende avdelinger ble inkludert:

- ✓ 3 Hjemmetjenesteavdelinger
- ✓ 2 Korttidsavdelinger (rehabiliteringsavdeling og somatisk korttidsavdeling)
- ✓ Tildelingskontoret
- ✓ Tilrettelagte tjenester (psykisk helse og rustjenesten i kommunen).

Vi har i samarbeid med MI-instruktør og deltager i prosjektgruppa fra KoRus-Øst, planlagt og iverksatt et 3-dagers Motiverende Intervju (MI) kurs av ansatte (Vedlegg 8). MI-kurset var fulltegnet med representanter fra alle inviterte avdelinger og fikk gode tilbakemeldinger fra deltagende ansatte, og ledere.

Videre har kompetanseprogrammet (Vedlegg 6) satset på en MiniMI rettet mot de resterende ansatte knyttet til de involverte avdelingene. Dette for at alle ansatte skal få kjennskap til og kunnskap om verktøy fra MI. Det vil også lette superbrukerrollen mot egen avdeling, at alle ansatte får et visst kjennskap til verktøy innenfor MI. Vi har valgt å planlegge flere parallelle kurs med plassering på ulikt sted i kommunen, for å imøtekomme og «nå» flest mulig ansatte. Det handlet hovedsakelig om å legge til rette for at flest mulig kan delta. Vi valgte også å åpne kurset for alle ansatte i Gjøvik kommune. Det vil si at deltagere fra fysio/ergotjenesten, samt demensavdelinger og øvrig hjemmetjeneste ble inkludert.

Tidlig Intervensjon (TI)

Det har også vært et fokus i kompetanseprogrammet å gi ansatte nok kunnskap og trygghet til å kunne avdekke utfordringer innenfor psykisk helse og rus hos brukere over 60 år, for deretter å kunne iverksette relevante tiltak. Kartleggingen som ble gjennomført beskrev mange symptomer på depresjon, angst og ensomhet. Det ble også funnet et uttalt bruk av medikamenter, for å dempe indre uro.

Vi besluttet derfor spesifikt å løfte temaet angst og depresjon hos eldre, i tillegg til temaet eldre og rus (Vedlegg 6).

I den forbindelse startet vi opp et samarbeid på tvers av tjenester i kommunen. Gjennom deltager fra psykisk helsetjenesten i prosjektgruppa ble det påstartet et samarbeid med psykiatriske sykepleiere i

kommunen. To psykiatriske sykepleiere fra Tilrettelagte tjenester underviste i temaene angst og depresjon hos eldre. En av de psykiatriske sykepleierne har erfaring med å lede kurs i depresjonsmestring (KID-kurs). Det ble sett på som en viktig ressurs å få med hennes erfaringer i undervisningen om depresjon.

Prosjektet ønsket å belyse økt samarbeid, kunnskapsdeling, og erfaringer på tvers av tjenester i kommunen. Samarbeidet om gjennomføringen av kompetanseprogrammet var en fin måte å starte denne prosessen på. De psykiatriske sykepleierne i kommunen ble mer synlig for ansattgruppa innen sykehjem og hjemmetjeneste, og via erfaringsutveksling bli de bedre kjent med hverandre og delte hverandres opplevelser og kunnskap. Undervisningene la opp til dialog og samtaler omkring målgruppen (case).

Videre var tema omkring eldre og rus, komorbiditet og konsekvenser i fokus. Det ble deretter presentert og veiledet i relevante kartleggingsverktøy til deltagerne. Her presenterte kartleggerne sine erfaringer med bruk av verktøy og møter med pasientene som ble kartlagt. Det ble etter erfaring med kartlegging og diskusjoner i prosjektgruppa valgt å ha fokus på verktøyene AUDIT – C (3 første spørsmålene på AUDIT), Geriatrisk depresjonsskala (GDS 5) 5 spørsmål med tilhørende veileder og et spørreskjema om Stimulantia (tobakk, snus, medikament- og stoffproblemer) (Vedlegg 2).

Siste del av forelesningen «Psyisk helse og rus hos eldre» beskrev tiltak, som den ansatte kan iverksette. Her delte vi opp undervisningen i tre trinn, for hvordan man konkret kan gå frem som hjelper med tanke på alvorlighet og omfang av rusmisbruk. Det var her også et viktig mål underveis å invitere til dialog og svare på spørsmål/tilbakemeldinger fra deltagerne på kurset. Det ble i samarbeid med Korus-Øst og Alderspsykiatrisk avdeling SI satt sammen et program. Alderspsykiatrisk avdeling SI har også deltatt med innspill på temaene angst og depresjon.

Det er her viktig å presisere at prosjektet kun dekket frikjøp av ansatte til deltagelse på 3-dagers MI-kurs. Undervisningen i kompetansehevingsprogrammet ble lagt til rette på omsorgssentre 3 steder i Gjøvik kommune og det ble holdt parallelle undervisninger, for å nå flest mulig ansatte. Det ble på denne undervisningen ikke tilbud om frikjøping fra avdelingene. Her ble det opp til avdelingene å prioritere deltagelse fra ansatte på undervisning. Det ble dessverre svært varierende deltagelse fra de ulike avdelingene til tross for undervisning på forskjellige steder, til forskjellige tider og datoer.

3.4.1 Framdriftsplan 2018

Tiltak	Jan	Febr	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
Styringsgruppemøte	x					x				x		
Prosjektgruppemøte		x			x				x			
Oppstart kompetanseprogram psykisk helse og rus hos eldre. Internt kursprogram våren 2018 Regionalt og mot fylket høsten 2018	x	x	x	x					x	x	x	
Planlegge kompetanseprogram mot region og fylke					x	x						
Utarbeidelse av en tiltakspakke/behandlingstilbud del III						x		x	x	x		
Fokusgruppeintervju del III											x	
Evalueringsprosjektet i Gjøvik kommune											x	x
Prosjektrapport/ artikkel												x
JANUAR 2019: Videreføre FASE 1 til kommuner i Oppland												

3.5 Utarbeidelse av en tiltakspakke/behandlingstilbud del III:

Det ble søkt om videreføring av midler i 2018, for å dekke kostnader ved utarbeidelse av tiltakspakken rettet mot brukere:

- *Utarbeide et behandlingstilbud rettet mot denne brukergruppen, som ivaretar brukermedvirkning og behovet for helhetlige og sammenhengende bruker- og pasientforløp*

Nedenfor beskrives Del III i tillegg til **FASE 2: 2019: Videreføre fase 1 ut til omliggende kommuner i Oppland.**

- 1) Videreføring av klinisk del II: Kompetanseprogrammet (Vedlegg 6). Kompetanseprogrammet i Gjøvik kommune var våren-høsten 2018 en del av det regionale kursprogrammet i Gjøvik regionen. Det regionale kursprogrammet dekker fem kommuner (Gjøvik, Søndre Land, Nordre Land, Østre-Toten og Vestre-Toten). Vi tilbød også undervisningen ut på videokonferanse dersom det var ønskelig. Det ble også gitt tilbud om 3-dagers MI kurs med 2 kursholdere fra KoRus-Øst likt det vi gjennomførte i Gjøvik kommune. Kurset hadde max 25 plasser, som raskt ble fulltegnet også med venteliste. Det var deltagere fra Gjøvik Regionens kommuner som deltok. Alle 4 kommunene i tillegg til Gjøvik var representert på 3-dagers kurset.

Det ble i tillegg til dette arbeidet med spredning av kompetanseprogrammet gjennom deltagelse i familiestøtteprogrammet i Gjøvik Regionen i regi av KoRus-Øst. Det ble også gitt tilbud om undervisning på avdelinger i Gjøvik kommune, som ikke var deltagende i prosjektgruppa. Prosjektleder har blant annet undervist på to demensavdelinger, en hjemmetjeneste og en korttidsavdeling, som ikke var knyttet til prosjektgruppa i Gjøvik kommune.

- 2) Med bakgrunn i del I og II ble det søkt om å opprette en alderspsykiatri/ruskoordinator stilling knyttet til ansatte i hjemmetjenesten og på sykehjem i Gjøvik kommune og mot Oppland fylke. Vi fikk midler til denne stillingen i mai 2018. Alderspsykiatri/ruskoordinator stillingen vil være knyttet til Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Oppland (USHT Oppland). Kvalitativ evaluering (datamateriale fra 3 gjennomførte fokusgruppeintervju), kvantitativ kartlegging (240 kartlegginger), tilbakemeldinger fra prosjekt- og styringsgruppe, samt erfaringer fra kompetanseprogrammet internt og eksternt legger grunnlaget for opprettelse og innhold i denne stillingen.

Høst-Vinter 2018-2019 har gått med til å forankre stillingen i styringsgruppa, i tillegg til å samarbeide om å utarbeide mandat knyttet til alderspsykiatri/ruskoordinatorstillingen, kompetansenettverk i Gjøvik kommune og ut mot regioner i Oppland fylke. Mandat for Gjøvikkommune og Oppland fylke står beskrevet i kapitlet nedenfor.

Gjennom de iverksatte tiltakene i prosjektet har det blitt forsøkt å imøtekomme de faglige anbefalingene i Korfor rapporten (Prop.15 S, 2016-2020):

- Det har blitt iverksatt metoder (kartleggingsintervensjon), for å kunne identifisere og avdekke utfordringene med tanke på å iverksette tiltak rettet mot aldersgruppa 60+, som er brukere av hjemmetjeneste og korttidsavdelinger (Vedlegg 2).
- Prosjektet har utarbeidet og iverksatt et kompetanseprogram rettet mot ansatte (Vedlegg 6).

Utfordringene i forhold til psykisk helse og rus hos eldre har blitt løftet frem i kommunen, og det har vært et samarbeid på tvers av tjenester internt og eksternt rundt del II og del III i prosjektet

3.5.1 Mandat Gjøvik kommune

Målgruppa for alderspsykiatri/ruskoordinator stillingen er to-delt:

- 1) Ansatte knyttet til sykehjem, hjemmetjenester og tildeling og koordinering i Gjøvik kommune
- 2) Kontaktpersoner fra kommuner i Oppland fylke

Fagressurser

Eksisterende samarbeidspartnere i prosjekt «eldre og rus»: Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS), Avdeling for Alderspsykiatri SI, Kompetansesenter Rus region Øst, og Mental helse.

Foreløpig framdriftsplan 2019

Tiltak	Jan	Febr	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
<u>Gjøvik kommune</u> USHT/Alderspsykiatri/ruskoordinator: <i>Deltagelse på ledermøter. Gi informasjon til tjenestene som skal delta i kompetansenettverk i Gjøvik kommune.</i>	x	x	x									
<u>Oppland fylke</u> USHT/Alderspsykiatri/ruskoordinator: <i>Deltakelse på regionale møter og lederforankring. Informasjons arbeid eksternt mot kontaktpersoner i kommunene.</i>	x	x	x									
<u>Gjøvik kommune</u> USHT/Alderspsykiatri/ruskoordinator: <i>Forberede oppstart/inkludere ressurspersoner til kompetansenettverk i Gjøvik kommune.</i>	x	x	x									
<u>Gjøvik kommune</u> <i>Møter i kompetansenettverket</i>			x			x		x		x		x
<u>Oppland fylke</u> <i>Møter i regionvise kompetansenettverk</i>				x		x			x		x	
<u>Evaluering av tiltak og beslutning om evt videreføring</u>												x

MANDAT FOR KOMPETANSENETTVERK - ALDERSPSYKIATRI/RUSKOORDINATOR

Rekruttering Oppland fylke: Sende informasjonsbrev til kommunalsjefer i helse og omsorg i Oppland fylke med informasjon om prosjektet som har vært i Gjøvik kommune og videreføring/etablering av regionvise kompetansenettverk innenfor psykisk helse og rus hos eldre

- Pådriver for økt fokus på psykisk helse og rus hos eldre (60+) gjennom etablering av kompetansenettverk i regionene i Oppland fylke
- Alderspsykiatri/ruskoordinator er leder av kompetansenettverket og har den koordinerende rollen ut mot regioner i Oppland fylke. Bruke det første møtet til forventningsavklaring og sette opp en årsplan med fokusområder.
- Hovedfokus i kompetansenettverk skal være spredning av erfaringer og kompetanseprogrammet i prosjekt «eldre og rus» ved USHT Oppland

- Kompetansenettverk bør inneha/eller via undervisning i kompetansenettverket tilegne seg kompetanse innenfor aktuelle veiledningsmodeller/samtalemotodikk og ulike registrerings-/kartleggingsverktøy innenfor områdene; rus, depresjon og angst. F.eks. ha kjennskap til noen av disse verktøyene: AUDIT, DUDIT, GDS 5, MADRS, RAID-N, SCL-10, Alcohol E
- Gjennom etablering av kompetansenettverk i regioner i Oppland fylke bidra til erfaringsutveksling og nettverksbygging mellom kommuner
- Alderspsykiatri/ruskoordinator har ansvar for å søke råd/bistand til undervisning og veiledning fra interne og eksterne fagressurser inn mot kompetansenettverk i regionene i Oppland fylke
- 2019-2020: Legge opp til regionvise samlinger i Oppland fylke. Vurderes etterhvert å koble sammen møtene i regionene. Etter hvert som de regionvise kompetansenettverkene er godt etablert vil det være aktuelt å tenke bruk av videokonferanse og felles samlinger for hele Oppland.

Gjøvik kommune:

Rekruttering Gjøvik Kommune: Ledere i den enkelte avdeling i hjemmetjenesten, sykehjem og på tildeling og koordinering vurderer prioritet av ressurser inn i kompetansenettverket

Tilrettelagte tjenester i Gjøvik kommune bistår som fagressurser inn i kompetansenettverket innenfor tema psykisk helse og rus.

- Gjennom etablering av kompetansenettverk i Gjøvik bidra til å dele erfaringer på tvers av tjenester, og gjøre ansatte «bedre kjent» med hverandre. Det gjøres ved å legge til rette for tydelige- og kjente» kommunikasjonslinjer mellom tjenestene-, som deltar i kompetansenettverket. Kompetansenettverket skal bestå av alderspsykiatri/ruskoordinator og deltagere fra de inkluderte tjenestene
- Bidra inn i internundervisning og generell veiledning i forbindelse med kartlegging etter oppsatt plan for fokusområder i kompetansenettverket
- Bistå tjenestene i forhold til hva som finnes av tilbud innen rus og alderspsykiatri for eldre i Gjøvik kommune?
- Det skal være deltagelse fra en eller flere tjenesteledere (Sykehjem, Hjemmetjenester, Tildeling og koordinering) på et møte i halvåret

Møter i kompetansenettverket i Gjøvik kommune: 3 timer per samling

Deltagere i kompetansenettverket i Gjøvik kommune skal:

- Delta på møter og undervisning i kompetansenettverket etter oppsatt møteplan (lages på første møte)
- Ansvar for å videreformidle sin tjenestes behov/status innenfor områdene alderspsykiatri og rus til kompetansenettverket der dette er agenda

- I samarbeid med alderspsykiatri/ruskoordinator vurdere behovet for å lage arbeidsgruppe i egen avdeling, slik at deltager har flere medarbeidere å spille på
- Ansvar mot egen tjeneste/avdeling:
 - Samarbeide med alderspsykiatri/ruskoordinator om internundervisning i egen tjeneste etter oppsatt plan med fokusområder definert i kompetansenettverket
 - I samarbeid med alderspsykiatri/ruskoordinator legge til rette for bruk av relevante kartleggingsverktøy i egen tjeneste

3.5.2 Mandat for Oppland fylke

Målgruppa for alderspsykiatri/ruskoordinator stillingen er to-delt:

1) Ansatte knyttet til sykehjem, hjemmetjenester og tildeling og koordinering i Gjøvik kommune

2) Kontaktpersoner fra kommuner i Oppland fylke

Fagressurser

Eksisterende samarbeidspartnere i prosjekt «eldre og rus»: Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS), Avdeling for Alderspsykiatri SI, Kompetansesenter Rus region Øst, og Mental helse.

Foreløpig framdriftsplan 2019

Tiltak	Jan	Febr	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
<u>Oppland fylke</u> USHT/Alderspsykiatri/ruskoordinator: <i>Deltakelse på regionale møter og lederforankring. Informasjons arbeid eksternt mot kontaktpersoner i kommunene.</i>	x	x	x									
<u>Oppland fylke</u> Møter i regionvise kompetansenettverk				x		x			x		x	
<u>Evaluering av tiltak og beslutning om evt videreføring</u>												x

MANDAT FOR KOMPETANSENETTVERK - ALDERSPSYKIATRI/RUSKOORDINATOR

Rekruttering Oppland fylke: Sende informasjonsbrev til kommunalsjefer i helse og omsorg i Oppland fylke med informasjon om prosjektet som har vært i Gjøvik kommune og videreføring/etablering av regionvise kompetansenettverk innenfor psykisk helse og rus hos eldre

- Pådriver for økt fokus på psykisk helse og rus hos eldre (60+) gjennom etablering av kompetansenettverk i regionene i Oppland fylke
- Alderspsykiatri/ruskoordinator er leder av kompetansenettverket og har den koordinerende rollen ut mot regioner i Oppland fylke. Bruke det første møtet til forventningsavklaring og sette opp en årsplan med fokusområder.
- Hovedfokus i kompetansenettverk skal være spredning av erfaringer og kompetanseprogrammet i prosjekt «eldre og rus» ved USHT Oppland
- Kompetansenettverk bør inneha/eller via undervisning i kompetansenettverket tilegne seg kompetanse innenfor aktuelle veiledningsmodeller/samtalemetodikk og ulike registrerings-/kartleggingsverktøy innenfor områdene; rus, depresjon og angst. F.eks. ha kjennskap til noen av disse verktøyene: AUDIT, DUDIT, GDS 5, MADRS, RAID-N, SCL-10, Alcohol E
- Gjennom etablering av kompetansenettverk i regioner i Oppland fylke bidra til erfaringsutveksling og nettverksbygging mellom kommuner
- Alderspsykiatri/ruskoordinator har ansvar for å søke råd/bistand til undervisning og veiledning fra interne og eksterne fagressurser inn mot kompetansenettverk i regionene i Oppland fylke
- 2019-2020: Legge opp til regionvise samlinger i Oppland fylke. Vurderes etterhvert å koble sammen møtene i regionene. Etter hvert som de regionvise kompetansenettverkene er godt etablert vil det være aktuelt å tenke bruk av videokonferanse og felles samlinger for hele Oppland.

3.6 Markedsføring av prosjektet

Det har gjennom hele prosjektperioden vært viktig for oss å markedsføre og spre prosjektet gjennom ulike kanaler. Vi har laget plakat (Vedlegg 9) og en roll-up (Vedlegg 10) hos et profileringshus. Plakatene har blitt hengt opp i avdelinger tilhørende prosjektet og på alle omsorgssentre i Gjøvik kommune.

Vi har hatt besøk av journalister fra Oppland Arbeiderblad, som skrev to helsider om prosjektet med bilder og intervju.

Prosjektet har også blitt profilert i tidsskrifter: «Rusprosjekt med ringvirkninger»; artikkel i tidsskriftet demens & alderspsykiatri utgitt av Aldring og helse, nasjonal kompetansetjeneste (VOL.21, NR.3, 2017) og «Kartlegging av rusmisbruk hos eldre»; artikkel i RUSFAG, et fagmagasin for kommunene utgitt av Regionale Kompetansesentre Rus (NR.2, 2017).

Prosjekt eldre og rus har også vært en del av Familiestøtteprogrammet 2018. Familiestøtteprogrammet i Oppland bygger på Familiestøtte og pårørendearbeid i rus- og psykisk helsearbeid for voksne, og skal være et kompetanseprogram for kommuner og spesialisthelsetjenesten.

KoRus-Øst og Divisjon psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet (SI) har gått sammen om en satsning på kompetanseheving i familiestøttende arbeid. Det er utviklet et kompetanseprogram som skal tilbys tjenesteutøvere i kommunene og spesialisthelsetjenestene innen psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Programmet er utviklet i samarbeid med ei rådgivende kompetansegruppe bestående av representanter fra Landsforbundet mot stoffmisbruk, Landsforeningen for Pårørende innen psykisk helse, Selvhjelp Norge, Famileklubbene i Norge, Kompetansesenter for Tidlig Intervensjon ved Psykoser, Lærings- og mestringssenteret i SI, kommune og DPS. Overskriften på undervisningen var: «Eldre og rusproblemer. Et nytt samfunnsproblem? Utviklingstrekk og konsekvenser for familien, barn og barnebarn. Litt om Gjøvikprosjektet».

Prosjektleder har undervist i psykisk helse og rus hos eldre på videreutdanning i demens og alderspsykiatri på Fagskolen Innlandet i 2019. I tillegg til dette har spredningen Nasjonalt skjedd via deltagelse på konferanser. Blant annet Omsorgsforskningskonferansen 2018 og Psykisk helse konferansen 2019. Videre skal erfaringer fra prosjektet presenteres på fagdagen «Leve Hele Livet» for Oppland fylke, som arrangeres av USHT Oppland 19. Mars 2019. Det planlegges også publisering av forskningsmateriale i internasjonale tidsskrifter.

4.0 OPPSUMMERING KVANTITATIVE DATA

4.1 Bakgrunn

Det har vært lite undersøkt hva som er forekomsten av rusbruk og psykiske sykdommer hos personer som får hjemmetjenester eller er innlagt på korttidsavdelinger på sykehjem. Det var derfor interessant å lage et prosjekt der målet var å gjøre en bred kartlegging av hjemmeboende tjenestemottakere og pasienter i korttidsavdelinger i sykehjem over 60 år. Planen var å undersøke 150 personer som fikk hjemmetjenester og 150 personer som var innlagt på korttidsavdeling på sykehjem. Eneste inklusjonskriterium var at deltaker skulle være over 60 år.

4.2 Metode

To studiesykepleiere, Elisabeth Rosenvinge og Ingrid Julie Stadtler, fikk opplæring i de kartleggingsskjema som skulle benyttes og i rutiner for gjennomføringen av prosjektet. Deltakerne ble rekruttert fra tre hjemmetjenestedistrikt og tre korttidsavdelinger i Gjøvik kommune. Underveis i prosjektet ble det klart at det ikke ville være mulig å inkludere 150 deltakere fra korttidsavdelingene, grunnet lite innleggelser og utskrivinger. Det ble derfor besluttet å øke antall inkluderte deltakere fra hjemmetjenesten til 250 deltakere fra hjemmetjenesten og 50 deltakere fra sykehjem. Deltakerne ble inkludert i tidsrommet januar 2017 til februar 2018.

4.3 Etikk

Studien ble godkjent av Regional Etisk komite for medisinsk forskningsetikk, REK, 2016/1134, som også godkjente endringen i antall deltakere fra hjemmetjenesten og korttidsavdelingen. Alle deltakerne, eller pårørende om personen ikke hadde samtykkekompetanse, underskrev samtykkeskjema for deltakelse i prosjektet. Deltaker beholdt én original og prosjektet den andre.

4.4 Resultater

Til sammen ble 462 personer spurt om å delta i studien, og 230 personer takket nei til deltakelse. Av de 232 personene som deltok i studien, var 22 innlagt på sykehjem og 210 var hjemmeboende og fikk hjemmetjenester. Resultatene presenteres isolert for deltakere fra korttidsavdelinger og for deltakere som mottok hjemmetjenester. Årsaker til ikke deltakelse er summert opp under.

<i>Pasient som takket nei (med eller uten nærmere årsak):</i>	172
<i>Pårørende takket nei:</i>	5
<i>Mors:</i>	22
<i>Nedsatt kommunikasjonsevne (språk, ikke norsk, demens):</i>	18
<i>Flyttet (omsorgsnivå, bort fra kommunen, ingen tjenester):</i>	5
<i>Annet:</i>	8

4.4.1 Demografiske variabler og somatisk sykdom

	SYKEHJEM (N=22)	HJEMMETJENESTE (N=210)
Kvinner, %	45.5	67.6
Alder (SD)	78.9 (10.5)	80.8 (8.8)
Utdanningsår (SD)	10.8 (3.4)	9.8 (2.6)
Sivilstand, %		
- Ugift	0	5.7
- Gift	31.8	19.5
- Enke	31.8	55.7
- Skilt	36.4	19.0
Vekt, kg (SD)	71.7 (20.5), n=21	73.0 (16.1), n=206
Dårlig/moderat god helse (GMHR), %	100	73.8
Charlson's komorbiditet indeks, %		(N=209)
- Hjerter	22.7	25.2
- Cerebrovaskulær	40.9	23.9
- Demens	22.7	3.8
- Cancer	40.9	26.7
- Cancer m/metastaser	13.6	1.9
Systolisk blodtrykk, mmHg (SD)	117.3 (19.9), n=21	147.6 (26.3), n=204
Diastolisk blodtrykk mmHg (SD)	74.4 (12.3), n=21	80.7 (13.4), n=204
Puls, slag/min (SD)	85.8 (13.9), n=21	69.8 (11.2), n=207

Det var signifikant flere kvinner i hjemmetjeneste utvalget enn sykehjemsutvalget. Systolisk BT, diastolisk BT og puls var signifikant forskjellig i gruppene, og 129 hjemmeboende hadde over 140 i systolisk BT.

4.4.2 Kognitiv svikt, depresjon og angst

	SYKEHJEM (N=22)	HJEMMETJENESTE (N=210)
MoCA (SD)	17.6 (7.1), n=21	21.5 (6.6), n=206
MoCA < 18, %	42.9	18.9
GDS5 (SD)	2.0 (1.4)	1.4 (1.4)
GDS5 > 1, %	54.5	37.6
RAID (SD)	6.9 (4.8), n=21	5.8 (5.4)
RAID > 10, %	19.0	15.7

MoCA=Montreal Cognitive Assessment test, GDS5=Geriatric Depression Scale - 5 poengs skala, RAID=Rating Anxiety in Dementia

MoCA skåres 0-30 med en cut off < 18 for kognitiv svikt, GDS skåres 0-5 med en cut off >1 for klinisk signifikant depresjon, RAID skåres 0-54 med en cut off > 10 (eller 12) for klinisk signifikant angst. MoCA er eneste test som var signifikant forskjellig mellom gruppene.

4.4.3 Livskvalitet og ADL funksjon

	SYKEHJEM (N=22)	HJEMMETJENESTE (N=210)
EQ5D (SD)	4.0 (1.9), n=21	2.9 (1.8)
PADL (SD)	12.0 (4.3)	8.7 (3.0)
IADL (SD)	16.2 (7.9)	13.7 (5.3)

EQ5D=European QoL – 5 Dimensions, PADL=Lawton and Brody Physical Self Maintenance Scale, IADL=Lawton and Brody Instrumental ADL scale

EQ5D skåres 0-5, der 0 er best livskvalitet. PADL skåres 0-30, høyere skår er dårligere funksjon. IADL skåres 0-27, høyere skår er dårligere funksjon. PADL og EQ5D var signifikant forskjellig mellom gruppene.

4.4.4 Rusbruk og medikamentbruk

	SYKEHJEM (N=21)	HJEMMETJENESTE (N=210)
Tobakk, %		
- Aldri røykt	38.1	39.0
- Røykt tidligere, sluttet	47.6	45.2
- Røyker nå	14.3	15.7
Snus, %		
- Aldri snust	95.2	96.1
- Snust tidligere, sluttet	0	1.0
- Snuser nå	4.8	2.9
Tar du medikamenter ift., %		
- Uro?	38.1	25.7 (n=206)
- Søvn?	47.6	49.5 (n=208)
- Smerte?	95.2	73.1 (n=208)
Har du opplevd nedsatt virkning av medikamentet? %	9.5	10.3 (n=194)
Har du prøvd å slutte? %	9.5	12.9 (n=194)
AUDIT		
- Mean (SD)	1.7 (5.6)	1.5 (2.5)
- Range	0-26	0-22
- Skår > 0, %	33.3	57.1
- Problematisk bruk (>5), %	4.8 (1 person)	3.8 (8 personer)
DUDIT		
- Mean (SD)	0.18 (0.85)	0.4 (2.1)
- Range	0-4	0-22
- Skår > 1, %	4.5 (1 person)	1.5 (3 personer)

Det var signifikant forskjell mellom gruppene ift. å ta medikamenter for smerte.

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) skåres 0-40 poeng, med cut off >7 (menn) >5 (kvinner) for problematisk bruk av alkohol og cut off >12 for alkoholavhengighet hos yngre personer. Det finnes ikke en cut off for eldre. Ni personer (fem menn og fire kvinner) i vårt utvalg skårer over 5 poeng på AUDIT.

Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) skåres 0-44 poeng, med cut off >5 (menn) >1 (kvinner) for problematisk bruk av illegale rusmidler. Denne cut off er ikke validert hos eldre. I vårt utvalg skåres fire personer (alle menn) skårer mer enn 1 poeng, en av de skårer 4 poeng og resten over 5 poeng.

4.5 Oppsummering

I denne studien er resultatene fra hjemmeboende deltakere mest spennende, da det er få inkluderte deltakere fra sykehjem.

Blant hjemmeboende var det 80 prosent som bodde alene, 75 prosent hadde dårlig eller moderat god somatisk helse, systolisk blodtrykk ble målt høyt i en stor andel av deltakerne, og deltakerne hadde betydelig hjerte-, kar- og kreftsykdom.

Hver femte deltaker hadde en MoCA skår som gav mistanke om demenssykdom, nesten 40 prosent hadde klinisk signifikante depressive symptomer og 16 prosent hadde klinisk signifikante angstsymptomer.

Blant hjemmetjenestemottakerne hadde kun 40 prosent aldri røykt, mens 45 prosent hadde røykt før og 15 prosent røykte nå. Det var kun 4 prosent som enten snuste nå eller har snust tidligere. Tre av fire deltakere tok medisiner mot smerte, halvparten tok medisiner for å sove og hver fjerde tok medisiner mot uro. Interessent nok oppgav 10 prosent at de hadde opplevd nedsatt virking av medisinen, og 10 prosent oppgav at de hadde prøvd å slutte.

Siden det ikke finnes etablert cut off verdi for eldre for AUDIT og DUDIT, er det vanskelig å rapportere presist på problematisk bruk av alkohol og illegale rusmidler, men om man benytter en cut off på over 5 på AUDIT, var det 4 prosent av deltakerne som har et problematisk alkoholbruk. DUDIT viste at veldig få hjemmetjeneste mottakere brukte illegale rusmidler, bare 1,5 prosent av deltakerne skåret over 1 på DUDIT.

4.6 Konklusjon

Resultater fra denne kartleggingen viser at hjemmetjenestemottakere bor alene, er somatisk dårlige, har kognitiv svikt, har mye angst og depresjonssymptomer, har en historie om tobakksrøyking, bruker mye vanedannende medisiner og benytter alkohol uten at det er problematisk bruk. Illegale rusbruk er sjeldent.

5.0 OPPSUMMERING KVALITATIVE DATA

5.1 Bakgrunn for prosjektet eldre og rus

Gjøvik kommune ved Utviklingssenter for sykehjem gjennomførte et prosjekt hvor hovedmålene var:

- 1) å kartlegge omfanget av hjemmetjenestemottakere og tjenestemottakere i korttidsavdelinger i sykehjem over 60 år som har, eller er i risiko for skadelig alkohol eller legemiddelbruk.
- 2) å iverksette kompetansehevende tiltak innenfor psykisk helse og rus hos ansatte i hjemmetjenesten og i korttidsavdelingene, samt vurdere og identifisere ressursbehovet i det kommunale rusarbeidet.

5.2 Metodisk tilnærming

Studien har hatt som formål å belyse ansattes egne erfaringer og opplevelser om rus og eldre og de kompetansehevende tiltak som ble igangsatt i. En kvalitativ tilnærming ble funnet å være den rette metoden på grunn av sin fleksible og eksplorative karakter. Kvalitative metoder er godt egnet til å utforske meningsinnhold i sosiale fenomener, slik de oppleves for de det forskes på (Malterud, 2003).

5.3 Data innsamling

Datagrunnlaget i denne undersøkelsen er samlet inn ved hjelp av flerstegs fokusgruppeintervjuer. Fokusgruppeintervjuer ble benyttet for å oppnå en dynamisk og interaktiv diskusjon som tydeliggjør informantenes erfaringer og opplevelser. Som metode er fokusgrupper spesielt nyttig for å avdekke felles oppfatninger av praksis (Krueger & Casey, 2009). I tillegg bidrar gruppeintervju til at informantene spiller på hverandre og utfordrer hverandre i forhold til de aktuelle temaene som blir diskutert (Guldvik, 2002). Det ble utarbeidet en semistrukturert intervjuguide som besto av bestemte temaer man ønsket at intervjudeltagerne skulle snakke om. Spørsmålene i intervjuguiden var åpne og utarbeidet for å fange opp ansattes opplevelse og erfaringer med utbredelsen i bruk av rusmidler hos eldre, i tillegg til ansattes erfaringer og opplevelser i prosessen før, underveis og etter kompetansehevende tiltak (Vedlegg 11).

De første fokusgruppeintervjuene ble gjennomført tidlig i prosjektets startfase. Andre runde av fokusgruppeintervjuene ble gjennomført cirka 8 måneder senere etter at kartleggingstiltak var igangsatt. Kartleggingstiltaket, som ble gjennomført hos tjenestemottakere over 60 år i hjemmetjeneste og korttidsavdelinger i sykehjem, registrerte omfang av de som har eller som står i risiko for skadelig alkohol eller legemiddelbruk. Tredje og siste intervjurunde ble gjennomført etter at tiltaket var gjennomført.

I første intervjurunde, før kompetansehevende tiltak var satt i gang, var fokuset på personalets opplevelser og erfaringer med rusmiddelmisbruk hos sine pasienter. Andre intervjurunde fokuserte på om kartleggingen

av rusmiddelmisbruk hos eldre og kompetansehevingstiltaket hadde hatt noe innflytelse på ansatte i hjemmetjenesten og korttidsavdelingene når det gjaldt kunnskap, oppmerksomhet og behandling av eldre rusmiddelmisbrukere. I tredje intervjurunde var fokuset på hvordan de ansatte erfarte at de kompetansehevende tiltakene var blitt implementert i praksis.

5.4 Rekruttering og utvalg

Informantene ble rekruttert av Sykehjem korttidsavdelinger og hjemmetjeneste avdelinger i kommunen. Det var ledere i avdelingene som valgte ut de ansatte som skulle delta i prosjektet. Utvalget bestod av 7 ansatte i hjemmetjenesten og 8 ansatte i korttids- og rehabiliterings avdeling på sykehjem i Gjøvik kommune. Deltagerne er ledere, sykepleiere og helsefagarbeidere og samtlige respondenter er kvinner. Ansatte i hjemmetjenesten og korttidsavdelingene ble intervjuet separat.

5.5 Transkribering og analyse

Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og lydfilene ble transkribert ordrett. Etter gjennomlesning av det transkriberte materialet, ble det foretatt en kvalitativ analyse ut fra de temaene som var diskutert. Sitater som illustrerer viktige funn er benyttet i rapporten og bringer frem deltagerens stemmer. Analysen ble gjennomført inspirert av Tjoras (2012) beskrivelse av Stegvis-deduktiv induktiv (SDI) metode. SDI-metode består av en «oppadgående» induktiv prosess hvor man jobber fra empirisk materiale mot en mer teoretisk, eller konseptuell, forståelse. I de «nedadgående» deduktive tilbakekoblingene kontrollerer man fra det «mer teoretiske» til det «mer empiriske». SDI-metode er valgt med bakgrunn i at modellen gir et godt utgangspunkt for systematikk og framdrift av forskningsprosjektet, samt at metoden gir en empirinær førstefase av analysen (Tjora, 2012).

5.6 Resultater av evalueringen

5.6.1 Før oppstart av kompetansehevende tiltak

5.6.2 Bruk av rusmidler hos eldre

Ansatte i hjemmetjeneste og i korttidsavdelingene beskriver at de opplever et økende rusmisbruk blant eldre i forhold til for noen år siden. Rusmisbruket gjelder både alkohol, smertestillende og beroligende, og særlig kombinasjonen alkohol og lovlige medisiner. Ansatte forteller om et økende misbruk både hos menn og kvinner. Rusproblematikk forteller de ansatte at de ofte møter i arbeidshverdagen.

Hver dag jeg er på jobb, så er jeg innom en som har et rusproblem.

En ansatt i hjemmetjenesten påpeker betenkelighet i forhold til at store mengder medisin blir skrevet ut til enkelte brukere.

Jeg synes jo det er egentlig ganske mange «lovlige» narkomane og jeg da. Fordi jeg må jo si at jeg ... er betenkelig med all medisiner som blir skrevet ut til noen brukere også.

5.6.3 Oppmerksomhet rundt rusmiddelmisbruk

Ansatte i korttidsavdelingen forteller at rusmisbruket blir mest synlig gjennom abstinenser hos pasientene. I tillegg forteller ansatte at det kan være vanskelig å se om det er et rusmiddelmisbruk hos pasientene.

Kommer inn ganske mange med brudd etter fall. Enten det eller at de har nedsatt allmenntilstand, infeksjoner og andre ting. Ofte er det et kjent misbruk, men noen er vi litt sånn usikre på.

I hjemmetjenesten fortelles det at rusmisbruket hos brukerne blir synlig som aktiv rus og gjennom tegn til aktiv rus. Ansatte i hjemmetjenesten påpeker at rusmisbruket er mer skjult hos kvinner. I korttidsavdelingene erfarer de ansatte at oppholdet på avdelingen blir som en tidsbegrenset avrusning for brukerne.

Når vi vet at det er et kjent rusproblem, og får dem ganske godt på beina igjen. Og så er det ut igjen, og så er det på 'n igjen på nytt. Og så ... har vi en sånn runddans.

5.6.4 Hvordan personalet forholder seg til personer med rusmiddelmisbruk

Både ansatte i korttidsavdelingene og hjemmetjenesten beskriver at det er behov for bedre samarbeid med andre hjelpetjenester og at det er uklart hvilke tjenester som har ansvaret for rusmiddelmisbrukerne.

Ansatte i hjemmetjenesten påpeker at det er lite samarbeid mellom dem og sykehuset, selv om de anser det som en «gyllen mulighet» til å skaffe hjelp om brukerne er på sykehus eller korttidssykehjem. Ansatte i korttidsavdelingen opplever at det er vanskelig å få inn andre tjenester når pasientene er innlagt, ved for eksempel søknad om psykiatrisk sykepleier. I tillegg påpekes det at brukere som får oppfølging fra psykiatrisk sykepleier når de er hjemme, «mister» dette tilbudet når de er inne på opphold. Det beskrives en «nå har noen andre ansvar»-mentalitet. Ansatte ønsker bedre samarbeid mellom tjenestene slik at behovene kan bli møtt like godt inne på avdelingene. I korttidsavdelingene opplever ikke de ansatte å få gjennomslag for psykiatrisk sykepleier til eldre, og det viser seg at de dermed henviser i mindre grad.

Vi burde sikkert vært enda flinkere til å henvise, men det blir litt sånn ... når du aldri.. ja.. det er på en måte ikke noen vits da...

Hjemmetjenestens ansatte opplever ikke at det er vanskelig å få gjennomslag for henvisning til psykiatrisk sykepleier, men opplever det som vanskelig å ta opp slike tiltak med brukeren. Ansatte mener at psykiatrisk sykepleier er rett person til å ta seg av rusproblemer, men kan ikke bli ansatt i tjenestene for da vil de bli opptatt av vanlig driftsoppgaver. En ansatt beskriver at det bør være andre instanser som tar opp tiltak med brukerne fordi det er viktig for hjemmetjenesten å opprettholde tilliten til brukerne.

Det er lettere at legen tar det med dem enn at vi kommer og spør. Fordi jeg tenker ... hvis de da blir mistroiske til oss, da stenger de oss ute. Jeg tror det er viktig at vi opprettholder tilliten til brukerne våre.

Både ansatte i hjemmetjenesten og korttidsavdelingene beskriver at rus generelt er et vanskelig tema å ta opp med brukerne.

Vi er ikke så gode til å gå i dybden på hvor mye de er avhengige av det de har i seg, egentlig. Vi er litt forsiktige med å pirke borti det. For det er jo en vanskelig problematikk å ta opp.

Også må du på en måte vite hvordan du skal angripe det og hva du skal spørre om og.. for å ikke trå over ei grense. For da nekter de i hvert fall.

Ansatte i hjemmetjenesten og korttidsavdelingen forteller at de kan avdekke rus, men at de ikke vet hva de skal gjøre, at de mangler kompetanse og tid til å håndtere rusproblematikk. Økt rusmiddelmisbruk oppleves som en belastning for alle ansatte. Problematikken fører til dårlig samvittighet, konflikter og frustrasjon hos de ansatte. Håndtering av rus blir betraktet som en spesialkompetanse. Ingen ansatte vil i utgangspunktet «ta i» rusproblematikken, men hvis de må, så ønsker de seg noen verktøy for å kunne håndtere rusproblematikken bedre.

Ansatte forteller at det blir ad hoc-tiltak ved at de gjør jobben sin, men at det i liten grad blir fulgt opp videre. Det fremheves at ingen av tjenestene mener de er de rette til å ta ansvaret når det kommer til rusproblematikk. Ansatte forteller at ulike tjenesteteater mener at andre er bedre til å ta seg av rusproblematikken enn dem.

5.7 Ved tidlig oppstart av kompetansehevende tiltak

5.7.1 Kunnskap om utbredelse av rusmiddelmisbruk

Informantene ble spurt om kartleggingen av rusbruk hos eldre hadde bidratt til at ansattes kunnskap om utbredelsen av rusbruk blant eldre hadde endret seg. Både ansatte i hjemmetjenesten og korttidsavdelingene forteller at kartleggingen ikke har påvirket deres kunnskap om rusbruk hos eldre. Dette begrunnes med at de ikke har hatt dialog med kartleggerne. I korttidsavdelingene påpeker de ansatte at de hadde regnet med å få tilbakemelding fra kartleggerne hvis det hadde blitt avdekket nye problemer i forhold til eldre og rusmiddelmisbruk. Ansatte i korttidsavdelingene og hjemmetjenesten uttrykker at de ikke har fått tilbakemelding om brukerne som er kartlagt fra kartleggerne.

Vi har bare på en måte sett dem oppe og ...at de har spurt etter noen på senteret, og hvem vi har anbefalt at de kan intervju. Men vi har jo ikke fått noen tilbakemelding etterpå, da.

Jeg vet faktisk ikke hvem som er kartlagt i mitt distrikt. Så jeg har ... det har ikke påvirket min arbeidshverdag.

På spørsmål om noe kunne vært gjort annerledes beskriver flere av de ansatte i korttidsavdelingene et ønske om å bli mer involvert i kartleggingsprosessen. Informantene i korttidsavdelingene var opptatt av at

de ønsket mer involvering etter at kartleggingen var gjort, og påpekte at informasjonen fra kartleggingen ville kunne gitt de mer kunnskap om pasientene og utbredelsen av rusmisbruk.

Hvis pasienten hadde sagt det var greit. At vi også kunne ha fått en sånn liten oppsummering ... på det som ble avdekket der. Jeg tenker det ... om ikke det er avdekket noe der ... Ja ... så kan jo det gi oss et svar på ting, da. For vi kan jo ha en formening om at det er noen problemer, og så ... viser svarene egentlig noe annet ... sånn sett.

I hjemmetjenesten beskriver ansatte også et ønske om å bli mer involvert i kartleggingsprosessen. De forteller at brukerne som skulle kartlegges fikk et brev i posten med informasjon og forespørsel om deltakelse i prosjektet «Rus og eldre». Ansatte beskrev dette som uheldig ved at brukerne ikke forstod hva prosjektet dreide seg om, og at flere av brukerne ble fornærmet av en slik henvendelse. De fortalte at flere av de eldre hadde kastet brevet før de hadde satt seg inn i hva dette handlet om. Flere av de ansatte i hjemmetjenesten mente det ville vært mer hensiktsmessig at ansatte hadde hatt med seg brevet når de skulle på hjemmebesøk hos brukerne, og dermed kunne forklart brukerne hva prosjektet dreide seg om. En ansatt beskriver at hun ønsket å bidra mer i prosjektet og at hun mener det kunne ufarliggjort henvendelsen om prosjektet ovenfor brukerne.

Jeg kunne godt tenkt meg og bidratt mer ... og følt meg mer involvert, og gjort mer fysisk i forhold til kartlegging, informasjon ... Ikke bare til de ansatte ... kolleger, men til brukerne også. At vi kunne faktisk ha ... For det hadde vært lettere for meg og hatt konvolutten i hånda og ringt på døra til folk ... og sagt at: Vet du hva! Nå kommer jeg og skal hjelpe deg med det du vanligvis får hjelp til ... men jeg vil også prate med deg om denne konvolutten her. Da hadde jeg følt at jeg hadde gjort noe. Jeg hadde bidratt med noe. Og jeg hadde kanskje vært med på og ufarliggjort noe som veldig mange synes er skummelt og ekkelt å bli spurt om.

Ansatte i hjemmetjenesten og korttidsavdelingene forteller at de ikke har fått mer kunnskap om utbredelsen av rusmiddelmisbruk blant eldre etter kartleggingen og at de kunne fått mer kunnskap om utbredelsen ved å bli mer involvert i kartleggingen. Det kommer også fram i intervjuet at ansatte mener de ikke har kompetanse på problematikk angående rus og psykiatri og at de ønsker at kompetansehevingen skal skje så fort som mulig.

5.7.2 Oppmerksomhet på rusmiddelmisbruk

De ansatte ble i intervjuene spurt om deres oppmerksomhet på rusmiddelmisbruk hos eldre hadde endret seg etter at kartleggingen var godt i gang. Det fremkom at de fleste ansatte mente de hadde vært oppmerksomme på rusmiddelmisbruk hos eldre før kartleggingen og at dette ikke hadde endret seg stort. En ansatt påpeker likevel å ha blitt mer bevisst på problematikken etter at prosjektet og kartleggingen startet.

Jeg synes nå kanskje at det litt mer ... I hvert fall jeg selv, da, er litt mer bevisst på det, da. At det er litt mer fokus på det.

Flere av informantene i hjemmetjenesten synes rus og psykiatri er et spennende tema, men at det ikke har vært et stort samtaleemne etter prosjektets oppstart. Både hjemmetjenesten og korttidsavdelingene tenker det vil bli mer fokus og oppmerksomhet på rusmiddelmisbruk når flere kompetansehevende tiltak er gjennomført.

Men jeg vet ikke om kanskje mer den kompetansehevingen som kommer i del 2 kanskje ... vil slå, forhåpentligvis da, mer ut på oss enn det har gjort fram til nå. Kompetansehevingen i del 2 vil antageligvis øke oppmerksomheten enda mer.

Men det kan jo endre seg litt nå kanskje da, i og med at ... prosjektgruppa skal gjøre litt mer ... det var vel noen kurs og noen greier som de skulle på. Så det kan jo hende at det blir enda litt mer sånn fokus på det og. Når en har fått litt mer informasjon.

5.7.3 Behandling av eldre pasienter med rusmiddelmisbruk

Verken ansatte i korttidsavdelingene eller hjemmetjenesten mener at kartleggingen eller deltagelse i prosjektet «Rus og eldre» har bidratt til å endre behandlingen av eldre pasienter med rusproblematikk. Ansatte påpeker at de ikke er bedre på å behandle rus og at de føler seg rådville i møte med rusproblematikken også etter kartleggingen og prosjektdeltagelse.

Men det er jo ... Vi er jo ikke noe bedre på å håndtere det enn vi var før uansett. Det er vi ikke.

Jeg føler ... Nei, men nå har jo jeg vært med på en del sånne prosjektmøter. Og jeg føler heller ikke at jeg har noe mer å tilføre mine brukere ... eh ... ut ifra den tiden som jeg har vært med i prosjektet.

Men ... det blir vel mer sånn at vi ser ... ser at det er et problem. Og så tenker vi: Hva er årsaken til det problemet? Og så ... er det ofte så stort at ... vi er jo fortsatt rådville, da ...

Det fremheves av ansatte i korttidsavdelingene at det er utfordrende å få i gang behandlingstilbud i kommunen. Ansatte kan foreslå deltagelse i behandlingstilbud i kommunen for eldre rusmisbrukere, men de fremhever at det er vanskelig å gjennomføre i praksis. Det påpekes av en av informantene at når de eldre rusmisbrukerne er inne på korttidsavdelingene ved sykehjemmet er det mangel på samarbeid med andre instanser, og at man kan søke om hjelp fra psykiatrien først når brukerne har kommet hjem.

Men det er jo det vi opplever ... i hvert fall synes jeg det er det som er vanskelig, at når de er inne hos oss, så er det på en måte ingen der ute som vil ha noe med oss å gjøre. Så det er på en måte ... vi ... for vi har jo ingen ... vi har for eksempel ingen sykepleier nå med ... med videreutdanning i psykiatri. Og hvis vi da ønsker å benytte oss av det, så må vi liksom ... Vi kan hen ... Vi kan søke så de får det når de kommer hjem igjen.

Ansatte i korttidsavdelingene forteller at de prøver å ha retningslinjer i behandlingen av rusmiddelmisbrukere, men at det ofte blir personavhengig. De ansatte ønsker mer standardisering slik at alle jobber mer konsekvent og likt i behandlingen av eldre pasienter med rusmiddelmisbruk.

fordi at det blir jo litt sånn ... kanskje personavhengig hva vi gjør nå. Så hvis vi får litt mer kjøtt på beinet, holdt jeg på å si, sånn litt mer standardisert som alle kan lære seg og gå ut ifra, så ... blir det litt mer sånn konsekvent ... at vi klarer å følge opp litt mer likt, da.

I intervjuet kommer det fram at behandlingen av eldre pasienter med rusmiddelmisbruk ikke har endret seg etter prosjektets eller kartleggingens oppstart. Det påpekes at det er vanskelig å gjennomføre behandlingstilbud i praksis for eldre rusmisbrukere og at det er mangel på samarbeid med andre instanser når eldre rusmisbrukere er inne på korttidsavdelingene ved sykehjemmet. I behandlingen av eldre med rusproblematikk ønskes det mer standardisering for å unngå at behandlingen blir personavhengig.

5.7.4 Endring av praksis

Det hadde blitt gjennomført en fagdag om rus på Sanderud som et kompetansehevende tiltak. Verken ansatte i hjemmetjenesten eller korttidsavdelingene mener at det har blitt noen endring av praksis etter at prosjektet startet og kartleggingen og kompetansehevende tiltak var satt i gang. Det ble påpekt at det hadde vært lite implementering av prosjektet i praksis. En ansatt i hjemmetjenesten forteller at det er viktig å ha fokus på rusproblematikk i praksis og at det trengs mer kurs om rus i kommunen.

Skulle vært mer kurs om det. Kurs om rus i kommunen. For det tror jeg er kjempeviktig. For det er veldig fokus på ... ja, demens og palliasjon og ... liksom hele den biten der. For det er det kanskje vi har mest av. Men det blir jo mer og mer av dette også. Uansett hva det er for noe. Om det er litt for mye tabletter, eller om det er ... ordentlig ... altså, skikkelig tunge narkomane, eller om det er ... om de drikker for mye. Så ... det blir jo mer og mer av det. Vi må liksom ha fokus på det også.

Om fagdagen forteller ansatte i hjemmetjenesten at de synes det var relevante temaer som ble tatt opp, og at den gjennomførte fagdagen var en fin måte å tilegne seg kunnskap om tema rus og eldre. I tillegg ble det påpekt at fagdagen kunne vært åpnet opp for flere ansatte. En ansatt i hjemmetjenesten beskriver det slik.

Men, kanskje det skulle vært enda flere. For da hadde man på en måte både fått informert om prosjektet ... og fått informert om temaer som var relevante for prosjektet. Mm. Øke bevissthet ... iblant flere folk. Og at sånne ... ja, og at sånne ... sånne dager kanskje burde ha vært åpnet for enda flere, da. [...] For det var jo veldig interessant.

Ansatte i korttidsavdelingene forteller at de ønsker å spre kunnskapen som tilegnes fra prosjektet på tverrfaglige møter, slik at kunnskapen kan benyttes i praksis.

Ja, for det ... vi har jo sånne tverrfaglige møter. Og vi kan jo ta opp det ... på det. At vi går igjennom pasientene.

Det kommer fram i intervjuet at ansatte ønsker kompetanseheving om rus gjennom kurs og at en fagdag er en god måte å øke kunnskap om rus og eldre, slik at endringer kan skje i praksis. I tillegg påpekes det at kunnskap som erverves gjennom prosjektet tenkes å kunne spres på tverrfaglige møter og derigjennom bidra til endring av praksis for flere ansatte.

5.8 Etter kompetansehevende tiltak

5.8.1 Endring i oppmerksomhet

Ansatte både fra hjemmetjenestene og korttidsavdelingene beskrev at de ikke opplevde noen økt oppmerksomhet på rusmiddelmisbruk etter at kartleggingen ble gjort. De ansatte fortalte at de ikke hadde blitt involvert i kartleggingen, de hadde ikke utført kartleggingen selv og derfor fikk de ikke noen ny informasjon eller kunnskap som kunne føre til endringer i deres oppmerksomhet.

De som har hatt jobben med å kartlegge har liksom drevet i prosjektet og drevet litt for seg selv. Og så har de kommet inn og gjort kartleggingen. Vi vet jo ikke om de avdekte noe som helst egentlig. Og vi har på en måte hatt lite samarbeid og nytte av det.

De ansatte beskrev i tillegg mangel på tilbakemelding om hvem var kartlagt og funnene fra kartleggingen. Ansatte i korttidsavdelingen beskrev det slik:

Vi fikk jo ikke noen sånne tilbakemeldinger på ... Når det var gjort kartlegging, så fikk ikke vi liksom vite hva som ... ja, hva de kartleggingene sa, da.

Vi visste jo ikke hvem som hadde tillatt at det ble skannet inn og ikke, da. Det kan jo hende mange sa at de ikke ville ha det inn i journalen sin. For jeg husker vi var inne et par ganger og så, og da fant vi ikke noe. Men de lovte jo egentlig å gi oss tilbakemelding, da, på de som ble skannet inn.

5.8.2 Endring av samarbeid

De ansatte mener at kartleggingen ikke har hatt noen effekt på samarbeidet mellom aktører som er involvert i behandlingen av pasienter med rusmiddelmisbruk. Flere av de ansatte sa at de kan ikke se linken mellom prosjektets tiltak og endring av samarbeid. De ansatte sa at endring av samarbeid har mer å gjøre med endring av samarbeidsrutiner enn kompetansehevingstiltaket i dette prosjektet. En fra korttidsavdelingen forteller:

Vi har jo samarbeidsrutiner, og vi samarbeider jo med andre instanser når vi har pasienter innen rus og psykiatri og sånn også. Men det er jo der vi ser at vi kanskje gjerne har enda flere instanser inne. Prosjektets tiltak ledet ikke til endret samarbeids rutiner. Vi følger samme rutiner vi hadde før prosjektet.

En i hjemmetjenesten beskrev det slik:

Prosjektet har ikke ført til noe endret samarbeid. Vi har fortsatt ingen prosedyrer som sier at har vi en pasient med rusproblematikk så er det ... kan vi kontakte ... kan vi gjøre slik, liksom. Vi er akkurat der vi var før.

5.8.3 Endring av praksis

Spørsmål til de ansatte om endring av praksis er knyttet både til kartleggingen, kompetansehevingstiltakene og om dette har ført til endring i oppmerksomheten rundt rusmiddelmisbruk.

Noen ansatte i hjemmetjenesten sa at på grunn av prosjektet og dermed økt oppmerksomhet rundt rusmiddelmisbruk, så har dette ført til raskere melding av pasienter/bruker med mistanke om rusproblematikk. En ansatt beskriver sin erfaring slik:

... Jeg tror vel vi har blitt litt flinkere til å ta denne telefonen til legen og konferere om ikke noe annet. Hva gjør vi nå? Altså, før så var det sånn: Nei, vi kan ikke bry legen med dette der. Men jeg tror det at det vi er ... blitt bedre på å tørre å involvere legen mer.

I forhold til måtene de håndterer brukere som har avdekket rus problem, sa de ansatte at kartleggingen ikke har ført til endring av praksis. De ansatte knytter dette til at de ikke var med i kartleggingen av pasientene og at de fikk ikke noen tilbakemelding om funnene etter at pasienter/brukere var kartlagt. Ansatte i korttidsavdeling beskrev det slik:

Hadde det vært personalet i avdelingen som hadde gjort kartleggingen på en måte, da, så hadde kanskje det også ført til en større grad av endret praksis. Men når det liksom kommer inn eksterne og gjør det, og så ... går igjen, så blir det jo liksom ... Og så har ikke det ledet til noe ...

De ansatte sier også at i oppstarten av prosjektet så var oppmerksomheten rundt problematikken høy, men at det over tid ikke har ført til endringer i praksis. En ansatt i korttidsavdeling forteller:

Når vi startet opp prosjektet og når vi hadde litt informasjon og sånn, så er kanskje folk litt mer oppmerksomme på det. Men det førte ikke til noen endring av praksis.

5.8.4 Utfordringer i endring av praksis

Flere av de ansatte sa at de fant kompetansehevingen nyttig og har brukt en del av hva de lærte i praksis. Men ansatte mener at tiltaket ikke var nok til å føre til store endringer av praksis. Ansatte nevner to utfordringer som gjøre endring av praksis vanskelig: mangel på kunnskap og ferdigheter til å håndtere rusproblematikken og mangel på systematiske metoder og rutiner.

5.8.4.1 Mangel på kunnskap og ferdigheter

Flere av de ansatte sa at de fikk ikke noe opplæring om kartlegging og vet ikke hvordan man kartlegger pasienter:

det var ikke noe kartleggingskompetanse der i opplærings dagene ... eller det har ikke blitt presentert noe kartleggingsverktøy og noe vi kan bruke som jeg er kjent med i hvert fall, utover at prosjektgruppa kanskje har jobbet og sett på det. Eller?

Deltakere som var ledere sa at kartleggingsverktøy var presentert på et møte. Men de sa at de ikke fikk muligheten til å øve på det.

Vi har egentlig ikke ... Vi har egentlig bare fått presentert ... Nei, forresten jeg var på et kurs på ..., jeg. Der var det i forhold til AUDIT og DUDIT ... ja, de to kartleggingsverktøyene. Men vi har ikke fått noe øvelse i å bruke det eller noe sånn, altså.

De ansatte har et positivt inntrykk av opplæringsdagene, men mange av deltakerne sa at det de lærte på opplæringsdagene ikke var nok til å forberede dem for å håndtere rusproblematikken hos de eldre. De sa at kursene var begrenset til metoder som kunne brukes til å avdekke rusproblematikken hos den eldre, men de lærte ikke hvordan man håndterer problematikken etter man har oppdaget det. Derfor, sier de, er det behov for slike kurs. En ansatt fra korttidsavdelingen beskrev det slik:

vi kan på en måte bruke MI i den prosessen med å ... altså litt sånn konfrontere pasienten med det ... når en har observert at nå skjønner vi at du har et problem ... og få han litt på vei, da, til å skjønne at det er et problem, og at de skal gjøre noe med det og sånn. Men så er de ferdige hos oss. Men det sier jo ingenting om hva vi gjør videre etter ... Du kommer inn og prater litt til dem, og så sier de at: Å, ja. Jeg har et kjempeproblem. Og så er det en hjelp i seg selv?

I tillegg savnet ansatte en mulighet for å øve på verktøyene de lærte i praksis.

De opplæringsdagene som var, det gikk vel på en måte på ren sånn fag ... vi som var på det, så trenger en jo å øve på å bruke det, da. Det skulle følges opp for å få det vurdert. Og vi trenger noen som kan si om vi er ... om vi får det til eller ikke.

Derfor sier de ansatte at selv om de brukte elementer fra hva de lærte på opplæringsdagene, særlig samtalemetodikk, så kunne de ikke bruke hele metoden på en bevisst måte siden de ble usikre på om de gjorde det riktig.

Jeg synes jo det var veldig nyttig de dagene og så er det jo meningen at det skal være noen sånne oppfølgingsbolker og gå videre i utover høsten brukt det. For å få det vurdert hvis en vil bli sånn skikkelig flink på det, da. Så det er meningen det skal følges opp. Men det skjede ikke. ... en kanskje har brukt noe av det en har lært ubevisst, da. Jeg har hatt en pasient som var veldig aktuell. Og i ettertid synes jeg kanskje at jeg hadde en spørsmålsformulering og en framgangsmåte som ... kanskje var annerledes nå etter MI-opplæring enn det var før. Det er mer sånn refleksjon som kom etterpå. Det er jo mye vi gjør ubevisst.

5.8.4.2 Mangel på systematiske metoder og rutiner

Flere av de ansatte sa at selv om kartlegging og kompetansehevingstiltak bidrar til å oppdage rusproblematikk hos pasienter/brukere, så krever det å håndtere rusproblematikken i praksis mer enn

gjennomføring av kartlegging og kursing i samtalemetoder. De ansatte sa at det krever systematiske prosedyrer og rutiner i forhold til enkeltpasienter/-brukere, men også i forhold til samarbeidspartnere.

De ansatte sa at det å oppdage at en pasient/bruker har et rusproblem er det første trinnet i prosessen, men at for å håndtere pasienter med identifisert rusproblem så kreves det oppfølging og en kontinuerlig oppfølging trenger klare prosedyrer. De sa at prosjektet ikke ledet til slike forandringer i prosedyrer og at det dermed fortsatt mangler systematiske metoder til å håndtere rusproblematikken. To ansatte i korttidsavdeling sa det slik:

Det er jo liksom å pirke borti folk og få dem til å åpne seg, og så har du ikke noe tilbud videre. Det er jo det som er ... oppleves litt vanskelig i hvert fall at vi har en form for henvisningsrutiner, og at vi må ha kanskje rutiner som gjør at vi ... de tilfellene vi fanger opp så blir det faktisk ... ja, tatt tak i, da. For det også er litt sånn tilfeldig i dag, at ja, vi gjør jo det og ... Men det er ikke noe helt slik systematisk oppfølgingspakke.

.. litt sånn konfrontere pasienten med det ... når en har observert at nå skjønner vi at du har et problem ... og få han litt på vei, da, til å skjønne at det er et problem, og at de skal gjøre noe med det og sånn. Men så er de ferdige hos oss. Og så ... det er noe med det å spre oppfølgingen videre, da, og Hvordan skal vi følge opp dette i etterkant? Det er mer bare sånn opp til hver enkelt deltaker, føler jeg liksom.

Når det gjelder samarbeidspartnere, så sa de ansatte at endring av praksis blant annet krever endring av samarbeidsrutiner med de som er involvert i behandlingen av pasienter med rusmiddelmisbruk. Men prosjektets tiltak førte ikke til forandring i samarbeidsprosedyrer og rutiner. En ansatt fra korttidsavdelingen beskrev det slik:

Vi har fortsatt ingen prosedyrer som sier at har vi en pasient med rusproblematikk så er det ... kan vi kontakte ... kan vi gjøre slik, liksom. Vi er akkurat der vi var før, føler jeg.

I tillegg til håndtering av utfordringene beskrevet ovenfor, kom de ansatte med tre forslag som de mener nødvendig for at et slik tiltak lykkes: ledelsesforankring og mer kurs til ansatte, og rus og psykiatrikontakt i kommunen.

5.8.4.3 Ledelsesforankring

De ansatte sa at ledere har mulighet til å fasilitere implementering av hva ansatte i deres avdelinger lærte og til å spre kunnskapen de selv, dvs lederne, fikk fra opplæringsdagene. Derfor sier de at flere ledere bør involveres i prosjektet. En ansatt som er leder fortalte:

... Og så kan det være litt sånn tilfeldig at vi som ledere var med der. For det var jo ikke veldig mange som hadde noe ... Det var jo ikke veldig mange andre ledere med på den ... For det er klart jeg har jo på en måte mulighet til eventuelt gjøre noe i avdelingen og kunne bruke det noe hvis jeg vil til en viss grad, da.

5.8.4.4 Kurs til flere ansatte

Mange ansatte sa at det er et stort kompetansebehov hos de ansatte for å håndtere rusproblematikken i hverdagen. De ser imidlertid en svakhet i organiseringen av kursene i store avdelinger. Det blir noen tilfeldig utvalgte som deltar på kurs og som får noen verktøy de kan benytte videre. Ansatte i korttidsavdeling beskrev det slik:

For hele gruppa har kanskje ikke vært og hatt undervisning, ikke sant. Og da er det litt sånn ... det er litt tilfeldig basert, ikke sant, at er du på jobb og tilfeldigvis den som var på det kurset ... ja, er hos deg, så kanskje den har fått noen verktøy som gjør at en får fram litt mer eller vi har mange medarbeidere. Og på et kurs så kanskje vi synes vi er flinke hvis vi sender to, ikke sant. Og så er vi kanskje 50 ... noe som er fornuftig at de som i hvert fall også har mye samtaler med pasienter og sånn kan ha en kompetanse på, da.

Men jeg tenker at hvis du skal få på en måte kompetanseheving til en hel personalgruppe, da, så er det vanskelig å få med noe særlig flere, ikke sant, enn en og to per gang der. Så du får jo på en måte ikke ... gitt kanskje så veldig mange den kursingen, da. Men akkurat hvordan en kunne organisert det for å ... Da måtte det kanskje vært basert mer på type internundervisning hvis en liksom skulle nådd alle, da

5.8.4.5 Rus- og psykiatri-kontakt/sykepleier

Noen av de ansatte sa at det er behov for en rus og psykiatri-kontakt som gir råd, veiledning og undervisning om rusproblematikk behandling til helsepersonell i kommunen.

... det skulle være en sånn rus og psykiatri-kontakt, en sånn inne i kommunen, sånn som demenssykepleier og kreftsykepleier. Som vi kunne kanskje henvise til, da. Kanskje drive litt kompetanseheving i kommunen og ...

5.9 Oppsummering og veien videre

Det kommer tydelig frem at ansatte både i hjemmetjenesten og korttidsavdelingene opplever økt bruk av rusmidler de senere år, særlig kombinasjonen alkohol og foreskrevne vanedannende medisiner. De ansatte beskriver et økt rusmiddelmisbruk hos begge kjønn, men at det anses som mer skjult hos kvinner enn menn. Vi får innsikt i at økt rusmiddelmisbruk oppleves som en belastning for de ansatte. Problematikken fører til dårlig samvittighet, konflikter og frustrasjon hos de ansatte i hjemmetjenesten og korttidsavdelingene. Det fremheves at det er vanskelig å vite hvem som har ansvaret for brukere med rusmiddelmisbruk og hvordan man skal håndtere utfordringene. Ansatte beskriver at mangel på kompetanse gjør det vanskelig å håndtere problematikken rundt eldre og rusmiddelmisbruk og at det blir ad

hoc-tiltak ved at de gjør jobben sin, men at det i liten grad blir fulgt opp videre. De sa at de ønsker seg noen verktøy for å håndtere det.

Etter kompetansehevingstiltaket beskrev ansatte både i korttidsavdelingene og hjemmetjenestene at dette var et lenge etterlengtet tiltak på grunn av økt rusmiddelmisbruk blant de eldre brukerne og mangel på gode måter å håndtere rus problematikken på. De ansatte sa at det er behov for tiltak som gir mer kunnskap og ferdigheter om håndtering av denne type problematikk.

Erfaringen til de ansatte viser at kompetansehevingstiltaket førte til økt oppmerksomhet om rusproblematikken i begynnelsen av prosjektet. Det ga ansatte noen verktøy som forbereder dem til å ha gode samtaler rundt tabubelagt tema rus samt avdekke rusmisbruk. Derfor førte det til en viss grad til økt kunnskap. Men det uttrykkes fortsatt et udekket behov for fagkunnskap og veiledning i praksis som hjelper de ansatte til å føle seg trygge på å gjennomføre de gode samtalene og avdekke/behandle pasienter/brukere med rusproblematikk.

Evalueringen viser også at selv om prosjektet førte til noen endringer i måtene ansatte håndterer rusproblematikken på individ nivå, så førte det ikke til stor endring på hvordan rusproblematikken håndteres på avdelings-/systemnivå. Skal tiltaket føre til endring av praksis, viser evalueringen at det blant annet er behov for systematiske metoder og klare retningslinjer/prosedyrer for oppfølging av pasient/bruker. Dette for å unngå at tiltakene blir personavhengige. I tillegg viser den et behov for endret samarbeid og endring av samarbeidsrutiner mellom de som er involvert i behandling av pasienter/brukere med rusmiddelmisbruk.

Evalueringen viser i tillegg at skal det lykkes med en meningsfull og stor endring av kollektiv praksis innen rusproblematikken, krever det at flere ansatte blir sikret kursing frem til ønsket kunnskap og ferdighet. Dette innebærer at endring av praksis sees som en prosess over tid og det å lykkes med en slik prosess krever blant annet muligheter for å øve på det en lærte i en veiledet praksis for å skape trygghet til verktøyene.

Erfaringene til de ansatte viser at selv om kompetansehevingstiltaket i seg selv ikke førte til store endringer hos de ansatte, så har prosjektet bidratt til å synliggjøre utfordringene som gjøre det vanskelig å håndtere rusproblematikken på en effektiv og systematisk måte. Det har også ført til videre diskusjon om problematikken, og utfordringer som de ansatte møter i håndteringen av rusproblematikken blant de eldre i hverdagen har blitt beskrevet.

6.0 AVSLUTNING

Vi har gjort i underkant av 240 kartlegginger av hjemmetjenestemottakere i Gjøvik kommune, som har gitt oss nye opplysninger om psykisk helse og rus hos eldre i kommunehelsetjenesten. Det er mye angst og depresjonssymptomer, samt forbruk av vanedannende legemidler som spesielt har blitt lagt merke til. Videre fant vi at hjemmetjenestemottakere er somatisk dårlige og har kognitiv svikt.

I etterkant av kartleggingen ble det utarbeidet kompetansehevingsprogram med bakgrunn i tendenser fra kartleggingen. Vi hadde fokus på tiltak innenfor områdene psykisk helse og rus hos eldre, samt innføring i ulike kommunikasjonsmetoder. Det ble gjennomført undervisning på forskjellige omsorgssentre til forskjellige datoer, for å nå ut til flest ansatte. Vi ønsket derimot at undervisningen hadde «nådd» ut til enda flere ansatte. Vi opplevde at det var vanskelig å få store ansattegrupper til å delta fra avdelingene uten tilbud om «frikjøp». Og vi opplevde et at det kanskje også handlet mye om leders engasjement, og individuell motivasjon fra den enkelte ansatte knyttet til tematikken «eldre og rus». Disse erfaringene har lært oss mye om utfordringer knyttet til fagutvikling i kommunehelsetjenesten, der knapphet på tid og ressurser er en tilbakevendende tematikk.

Prosjektgruppen har gjennom hele prosjektperioden hatt noen utfordringer knyttet til deltagelse fra ansatte i hjemmetjenesten og korttidsavdelinger. Det har i perioder vært svært varierende deltagelse med mye frafall og utskiftninger, noe som ga oss ekstra utfordringer i forhold til kommunikasjon og samarbeid. Det er også viktige betraktninger å ta med seg i fortsettelsen, da dette er en del av «hverdagen» for både de ansatte og pasientene i helsevesenet.

På bakgrunn av dette sitter vi igjen med verdifull erfaring og nyetablert kunnskap etter gjennomføring av de ulike delene i prosjektet, som er svært nyttig med tanke på at prosjektet var nyskapende i sin form, og vi hadde lite erfaringsgrunnlag fra lignende prosjekter nasjonalt.

Vi opplever at prosjektet har bidratt til å løfte fokuset på- og holdningene til eldre med psykisk helse og rusproblemer, men mye arbeid gjenstår i fortsettelsen med tanke på at det er et økende behov for- og ønske om mer kompetanseheving og innarbeidede rutiner omkring disse utfordringene i kommunen. Dette viser at rusproblematikk er komplisert og krever en mer systematisk organisering og tilnærming som går utover prosjektets hensikt. Disse funnene kan imidlertid brukes til å løfte opp temaene videre og vise hva som kan gjøres på forskjellige nivåer for å kunne føre til endring av praksis.

7.0 ØKONOMI

Ble beskrevet i elektronisk søknad og rapporteringsskjema.

8.0 LITTERATURLISTE

- Bye, E., Østhus, S. (2012) *Alkoholkonsum blant eldre. Hovedfunn fra spørreundersøkelsen 1985-2008*. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).
- Frydenlund, R. (2011) Eldre, alkohol og legemiddelbruk. *En kunnskapsoppsummering*, Oslo: Kompetansesenter rus.
- Grøndalen, Einar. Eldre, alkohol og legemidler – erfaringer fra et prosjekt i Oslo. Rusfag nr.1-2011.
- Guldvik, I. (2002). 'Troverdighet på prøve. Om gruppeintervju som metode for å produsere valide data om politiske diskurser'. Tidsskrift for samfunnsforskning. 1, s. 30–49.
- Helse- og omsorgsdepartementet: OMSORG 2020, Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.
- Helse- og omsorgsdepartementet: Stortingsmelding nummer 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet».
- Helse- og omsorgsdepartementet: Opptappingsplanen for rusfeltet (2016-2020) Prop.15.S.(2015-2016).
- Helsedirektoratet: (2012) *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). Focus groups: a practical guide for applied research (4. utg.). Los Angeles, Calif.: Sage.
- Malterud, K. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mueser KT., Noordsy D L., Drake R E., & Fox L. (2006) *Integrert behandling av rusproblem og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tjora, A. (2012). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nettadresser:
- NTNU (2012) *Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge*.
https://www.ntnu.no/c/document_library/get_file?uuid=5e76ea20-86b6-4629-a50c-2989b89e8191&groupId=10304
- Nettverk elder og rusbruk Oslo (NERO).
[http://tidliginnsats.forebygging.no/Global/Filer/Artikkel%20Nero%20okt%2012%20\(3\).pdf](http://tidliginnsats.forebygging.no/Global/Filer/Artikkel%20Nero%20okt%2012%20(3).pdf)

9.0 VEDLEGG

Vedlegg 1 a) og b): Forskningsprotokoll og godkjent søknad til REK Sør-Øst

Vedlegg 2: CRF/datasett kvantitativ studie

Vedlegg 3: Program for fagdag/kickoff

Vedlegg 4 a) og b): Informasjonsbrev sendt ut til pasienter i hjemmetjenesten og på korttidsavdelinger

Vedlegg 5: Informasjonsbrev til fastleger i Gjøvik kommune

Vedlegg 6: Kompetansehevingsprogram

Vedlegg 7: Informasjon til ledere om grunnkurset i Motiverende Intervju

Vedlegg 8 a) og b): Program for 3-dagers grunnkurs i Motiverende Intervju

Vedlegg 9: Plakat prosjekt «eldre og rus»

Vedlegg 10: Roll-up prosjekt «eldre og rus»

Vedlegg 11: Intervjuguide fokusgruppeintervju kvalitativ studie



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Oppland

SLUTTRAPPORT

KARTLEGGING ELDRE OG RUS - KOMPETANSEHEVING ANSATTE



GJØVIK KOMMUNE