

206010
985455
985575

Bacheloroppgave

BCR3100

Vår 2016

”Hvordan håndterer ledere rusmiddelpolitikk på arbeidsplassen?”



(Kilde: sykepleien.no)

”Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdannelsen ved Høyskolen Kristiania. Høyskolen Kristiania er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.”



Forord

Dette er vår avsluttende bacheloroppgave for HR og personalledelses utdanning ved Høyskolen Kristiania. Det teoretiske rammeverket for oppgaven er bygget på litteratur som har blitt benyttet fra fagområdet HR- og personalledelse.

Begrunnelse for valg av tema er for å bidra til en større interesse for fenomenet rus på arbeidsplassen, og at organisasjoner kan bruke denne forskningen.

Vi ønsker å takke vår veileder for gode råd og konstruktiv innspill gjennom hele undersøkelseprosessen og oppgaveskrivingen. Vi ønsker også å takke bibliotekarene ved Høyskolen Kristianas bibliotek, som har bistått oss i vår søke etter litteratur. Til slutt ønsker vi å takke gruppe medlemmene for et godt samarbeid der vi har bistått hverandre i forhold til motivasjon, kunnskap og støtte.

Ha en god lesning!

Oslo 23. mai 2016

Sammendrag

Tema for bacheloroppgaven er forholdet mellom rus og ledelse på arbeidsplassen, og det er en kvalitativ undersøkelse. Undersøkelsen er rettet mot ulike faktorer som kan være en årsak til rusmisbruk på arbeidsplassen, og hvordan ledere håndterer dette. Vi startet oppgaven med noen generelle teoretiske antakelser, men det kom frem andre spennende funn i oppgaven som vi ikke var klar over.

Ut i fra teori og empiri har følgende problemstilling blitt utformet:

“Hvordan håndterer ledere rusmiddelpolitikk på arbeidsplassen?”

Oppgaven inneholder teori og empiri for å kunne belyse problemstillingen vår. Teorien bygger på antakelser om faktorer som kan være en årsak til rusmisbruk og ledernes ansvar. For å kunne besvare problemstillingen har vi valgt å intervju sykepleiere og ledere fra HR-avdelingen. Funnene våre viser at rus på arbeidsplassen blir påvirket av arbeidskultur, arbeidstid, stress og utbrenthet, kommunikasjon, ledelse og tilgjengelighet på medikamenter.

Oppgaven belyser hvordan faktorene påvirker forholdet mellom rus på arbeidsplassen, og hvordan lederne håndterer dette i henhold til deres rusmiddelpolitikk.

Innholdbetegnelse

1.0 Innledning	5-6
2.0 Problemstilling.....	6
2.1 Avgrensning.....	6
3.0 Litteraturgjennomgang.....	6
3.1 Rusmidler.....	6
3.1.1 Alkohol.....	6
3.1.2 Opiater.....	7
3.1.3 Cannabis.....	7
3.1.4 Benzodiazepin.....	7
3.1.5 Amfetamin.....	7
3.1.6 Kokain.....	7
4.0 Rusmisbruk i helsesektoren.....	8
4.1 Arbeidskultur.....	8
4.2 Arbeidstid.....	9
4.3 Stress.....	9
4.4 Utbrenthet.....	9
5.0 Arbeidsgivers ansvar.....	9
5.1 Helsepersonelloven.....	10
5.2 AKAN.....	10
6.0 Metode	10-11
6.1 Informert samtykke.....	11
6.2 Utvalg og rekruttering.....	11-12
6.3 Forskningsprosessen.....	12
6.4 Presentasjon av informanter.....	12
6.4.1 Modell 1: Presentasjon av utvalg.....	13
6.5 Kvalitativt dybdeintervju.....	13-14
6.5.1 Koding.....	14
6.5.2 Analyseteknikk.....	14
6.5.2.1 Modell 2: modell for analyseteknikk.....	15
6.6 Pålitelighet og troverdighet.....	15

6.7 Generalisering og overførbarhet.....	15-16
6.8 Forskningsetikk.....	16
7.0 Hovedfunn fra resultater.....	16
7.1 Funn fra sykepleierne.....	16
7.1.1 Arbeidskultur.....	16-18
7.1.2 Arbeidstid.....	18
7.1.3 Stress.....	19
7.1.4 Utbrenthet.....	19
7.1.5 Andre funn.....	19-20
7.2. Funn fra HR(ledere).....	20
7.2.1 Arbeidskultur.....	20-21
7.2.2 Arbeidstid.....	21
7.2.3 Stress.....	22
7.2.4 Annet funn.....	22-23
8.0 Analyse av resultater.....	23
8.1 Rusmisbruk i helsesektoren.....	23
8.2 Arbeidskultur.....	23-26
8.3 Arbeidstid.....	26-29
8.4 Stress.....	29-31
8.5 Utbrenthet.....	31-32
8.6 Andre funn.....	32
8.6.1 Kommunikasjon.....	32-34
8.6.2 Tilgjengelighet.....	34-36
8.6.3 Ledelse.....	36-39
9.0 Behov for endring?.....	39-40
10.0 For videre forskning.....	40
11.0 Konklusjon.....	40-41
12.0 Litteraturliste.....	42-47
Vedlegg 1: Samstykkeskjema.....	48
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	49-51
Vedlegg 3: Transkribert intervju.....	52-54

1.0 Innledning

Denne oppgaven vil handle om forholdet mellom rus og ledelse på arbeidsplassen. Innenfor litteratur har vi funnet en sammenfattende bok Sagvaag og Sikveland i 2014, som referer til det meste som finnes på feltet. Valg av emne bygger på at kunnskap om arbeidsliv og rus er et økende fenomen. Det antas at det finnes misbruk av rusmidler på alle arbeidsplasser, og enkelte bransjer kan være mer utsatt enn andre (Sagvaag og Sikveland 2014, 27). Årsaker til at enkelte bransjer er mer utsatt kan være organisasjonskulturen, organisering og ledelse. Ved misbruk av rusmidler i arbeidssammenheng kan det påvirke arbeidskvaliteten, yteevnen, øke fraværet og generelt påvirke enkeltes psykiske og fysiske helsetilstand (Sagvaag og Sikveland 2014, 27).

I undersøkelser som er foretatt av Statens institutt for rusmiddelforskning (heretter SIRUS) har det kommet frem at cannabis er det mest utbredte ulovlige rusmidlet etter alkohol i både Norge og internasjonalt. SIRUS har siden 1962 foretatt undersøkelser om nordmenns bruk av rusmidler (Sagvaag og Sikveland 2014, 11). I en norsk studie foretatt i 2010 kom det frem at bruk av illegale rusmidler før eller på arbeidsplassen er mer vanlig enn bruk av alkohol (Sagvaag og Sikveland 2014, 32), men samtidig påpekes det at studier om bruk av ulovlige rusmidler og legemidler er dårligere enn bruk av alkohol i arbeidssammenhenger (Sagvaag og Sikveland 2014, 33). Andreassen 2010 påpeker i en studie at det er ulik bruk av alkohol og rusmidler avhengig av hvilke sektor bransjen tilhører i Norge. Han påpeker at det er en mer tolerant kultur i privat sektoren enn i offentlig sektor, for bruk av rusmidler (Sagvaag og Sikveland 2014, 34).

I vår oppgaven vil rusmiddelbruk bli relatert til sammenhenger som skjer på arbeidsplassen og arbeidsmiljøet. Vi kommer ikke til å ha stort fokus på rusmisbruk utenfor arbeidstiden, med unntak av sosiale sammenhenger med kolleger. Som nevnt innledningvis kan organisering, organisasjonskultur og ledelse være forklaringsfaktorer på rusmiddelbruk på arbeidsplassen. Vi vil i denne oppgaven gå i dybden på hvordan ledere håndterer rusmiddelbruk på arbeidsplassen. I oppgaven vil vi bruke ordet rusmiddel som en fellesnevner for både alkohol, illegale rusmidler og vanedannede legemidler.

I første del av oppgaven vil vi gå inn på ulike årsaker eller faktorer som bidrar til bruk av rusmidler i arbeidssammenhenger, ut i fra generelle teoretiske antakelser. Vi har foretatt intervjuer for å avdekke informantenes opplevelse og for å få utvidet informasjon om forholdene mellom rus og ledelse. Vi vil videre presentere våre resultater, og analysere om det samsvarer med tidligere forskning og bedriftens rusmiddelpolitikk. Vi ønsker avslutningsvis å komme med en kort anbefaling basert på våre resultater og analyse.

2.0 Problemstilling

”Hvordan håndterer ledere rusmiddelpolitikk på arbeidsplassen?”

2.1 Avgrensning

I denne oppgaven har vi avgrenset oss til Sykehus X på Vestlandet. Våre informanter jobber i ulike avdelinger på sykehuset, som sykepleier eller fra HR-avdelingen. Vi ønsker ikke å avgrense oss på kjønn, da vi ikke ser dette som relevant for vår undersøkelse.

3.0 Litteraturgjennomgang

3.1 Rusmidler

Ordet rusmiddel er en betegnelse for rusmidler som påvirker menneskekroppen på ulike måter. Rusmidler kan være sansepåvirkende, å påvirke menneskers dømmekraft eller gi økt følelse av velvære. Et resultat ved bruk av rusmidler over lengre tid kan være psykisk og fysisk avhengighet (Store Norske Leksikon, 2016).

3.1.1 Alkohol

Alkohol er en betegnelse som brukes for drikke som inneholder stoffet etanol, og inneholder en mengde på mer en 2,5 volumprosent. Betegnelsen inneholder tre hovedgrupper av alkohol, som er vin, øl og brennevin (Store Norske Leksikon, 2016). Når en person er påvirket av alkohol kan det påvirke konsentrasjonsevnen, korttidshukommelsen og hemme den kritiske sansen (Sirus).

3.1.2 Opiater

Opiater er stoffer som er videreutviklet fra opiumstoffer som inneholder fentanyl (Store

Medisinke Leksikon, 2016). De vanligste brukte opiatene er heroin, morfin og metadon, som frembringer sløvhet, en følelse av rus og kan virke smertedempende (Sirus).

3.1.3 Cannabis

Cannabis kommer fra plantene Cannabis sativa og indica, og inneholder cannabionoider som kan gi en avslappende følelse, redusert konsentrasjonsevne, humørendringer og psykiske påvirkning som angst og paranoia. Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet i Norge (FHI).

3.1.4 Benzodiazepiner

Benzodiazepiner er et legemiddel som ofte blir benyttet til medisinsk bruk, som sovemedisin og beroligende, men stoffet misbrukes også. Det er stor fare for avhengighet hvis stoffet brukes over lengre tid. Kjente bivirkningen av legemiddelet er uklart tale, tretthet og dårligere hukommelse (Sirus).

3.1.5 Amfetamin

Amfetamin er et sentralstimulerende stoff som kan påvirke både hjernen og kroppen. Stoffet kan gi økt energi og lykkefølelse, høyere puls, blodtrykk og kroppstemperatur (FHI).

Bivirkninger ved bruk av amfetamin kan være angst og nervøsitet, nedsatt konsentrasjonsevne og usammenhengende tanker og tale (Sirus).

3.1.6 Kokain

Kokain er et sentralstimulerende stoff, og har i likhet med amfetamin effekter som høy puls, økt blodtrykk og kroppstemperatur. Rusen er svært kraftig men kortvarig, og bruk av stoffet over lenger tid kan føre til avhengighet. Kjente bivirkninger kan være angst og depresjon, økt energi, økt aggressivitet og kan undertrykke behovet for søvn og sult. Kokain brukes svært sjeldent i medisinske bruksområder (Sirus).

4.0 Rusmisbruk i helsesektoren

I følge en pågående studie som Arbeidslivets komite mot alkoholisme og narkomani (heretter AKAN) holder på med har helsepersonell igjennom sin kompetanse på rusmidler og legemidler kunnskap om hvordan de nevnte stoffene fungerer, som igjen kan bidra til lavere

terskel når det kommer til selvmedisinering (Akan). Ut i fra informasjon fra Helsetilsynet har vi en antakelse om at bruk av enkelte stoffer er mer relevant i helsesektoren. Helsetilsynet skriver på sine nettsider at rusmisbruk ofte blir avdekket ved tyveri av legemidler på arbeidsplassen, og adferdsendringer ved bruk av alkohol, opiater, benzodiazepiner og amfetamin (Helsetilsynet).

Misbruk av alkohol og narkotika i helsesektoren kan utgjøre stor fare, ikke bare for den som bruker, men også for kolleger, pasienter og arbeidsplassen i seg selv. En av de største bekymringen ved at ansatte er under påvirkning av rusmidler er at de kan skade andre. En ruspåvirket person kan ha lavere reaksjonstid, dårligere øye-hånd koordinasjon, økt fare for å ta risikable valg, og redusert evne til å ta riktige valg i pressede situasjoner (McCann, Burnhams, Albertyn og Bhoola 2011, 70-71).

Vi har antakelser om at enkelte faktorer bidrar til rusmisbruk i helsesektoren. Med utgangspunkt i tidligere studier har det blitt diskutert at arbeidskultur, struktur, stress, utbrenthet og arbeidstid kan være årsaker til at helsepersonell velger å ruse seg (Sagvaag og Sikveland 2014, 31). Vi vil gå kort igjennom de ulike faktorene og videre undersøke om våre antakelser samsvarer med resultater fra våre informanter.

4.1 Arbeidskultur

Schein 1985 beskriver en organisasjonskultur som et felles sett av antakelser, følelser og tanker for å sikre en kulturs integritet (Schein 1985, 358). Viktige faktorer for å beholde integriteten i kulturer er felles verdier som tro, skikker, livssyn, adferd. De ulike nevnte faktorene kan brukes som en abstrakt "guidebok" som gjør at hverdag blir forutsigbar i forhold til adferd i kulturen (Amodeo og Schofield 1999, 7-8).

4.2 Arbeidstid

Arbeidstid er den tiden arbeidstaker står til disposisjon for arbeidsgiver, jf.

Arbeidsmiljøloven, § 10-1. I boken til Ørjasæter, Kravik og Stange 2015 påpekes det at de fleste arbeidsplasser har egne ordninger og rutiner når det gjelder arbeidstid, avhengig av hvilken sektor de befinner seg i (Ørjasæter, Kravik og Stang 2015, 53).

4.3 Stress

Ordet stress har en latinsk opprinnelse, og betyr “å binde stramt.” Når en person er stresset, for eksempel i en situasjon på arbeidsplassen, oppstår det en spenningstilstand i kroppen, og det kan bidra til angst, uro eller negative følelser. Når stresshormon utløses reagerer kroppen ved å overleve eller mestre utfordringer på en best mulig måte. Spenningstilstanden er en naturlig reaksjon i kroppen og er nødvendig for å beskytte seg selv (Brudevold 2008, 11-12).

4.4 Utbrenthet

Utbrenthet kan komme som en naturlig reaksjon på stress over lengre periode. For å kunne skille mellom stress og utbrenthet, kan man si at stress kan være en fysisk påkjenning og utbrenthet kan være en emosjonell påkjenning (Tidsskriftet). I følge Arbeidstilsynet kan negativt stress over lengre tid på arbeidsplassen øke risikoen for utvikling av utbrenthet hos ansatte (Arbeidstilsynet).

5.0 Arbeidsgivers ansvar i helsesektoren

Helsetilsynet informerer på sine hjemmesider om hvilket ansvar arbeidsgiver har for å forhindre rusmisbruk på arbeidsplassen. Arbeidsgiver har ansvar for å ivareta sikkerheten i helsetjenesten ved å forebygge at personell opptrer i ruset tilstand. De har også ansvar for å avdekke om personell er påvirket av rusmidler, og følge opp helsepersonell med et kjent rusproblem (Helsetilsynet). Arbeidsgiver har et ansvar for å utarbeide gode rutiner for legemiddelhåndtering, kontroll på legemiddellageret og regnskap for narkotika skapet, for å forebygge bruk av vanedannede ledemidler og tyver fra arbeidsplassen. Arbeidsgiver må ha kunnskap om rusmidler og være klar over vanlige tegn på rusmisbruk. Det er derfor viktig at leder er aktiv på arbeidsplassen, og utvikler et miljø hvor det er lav terskel for å melde fra om mistanker om rusmisbruk (Helsetilsynet).

5.1 Helsepersonelloven

Vi velger å inkludere helsepersonelloven, da vi ser det som relevant i vår undersøkelse av rusmiddelpolitikk. (Helsepersonelloven 1999) herved kalt for HPL, har som formål til å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse og omsorgstjenesten, samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, jf. HPL §1. Helsepersonell skal ikke innta eller være påvirket av alkohol eller andre rusmidler i arbeidstiden. Ved mistanke om rusmisbruk kan

helsepersonellet pålegges å avgi blod eller urinprøve. jf. HPL §8. Helsepersonellet skal på eget initiativ informere tilsynsmyndighetene om forhold som kan være fare til pasienters sikkerhet, jf. HPL §17.

5.2 AKAN

AKAN tilbyr bedrifter avtaler hvor hensikten er et rusmiddelfritt arbeidsmiljø og forebygge misbruk av alkohol, narkotika og legemidler hos ansatte. Avtalen består av ulike ansvarsområder for ledere, de må formidle ansvarlighet og være gode rollemodeller gjennom egen adferd (Akan).

6.0 Metode

Valg av metode er en bestemt vei mot et mål, gjennom innhenting av informasjon om virkeligheten, videre analysere og tolke den innsamlede informasjonen (Jacobsen 2015, 13). Rus i helsesektoren kan være et svært tabu-belagt tema for de ansatte, og vi ønsker å komme i dybden av fenomenet og relevante faktorer. Vi mener at en kvalitativ metode vil være det beste for å avdekke informantenes opplevelse av forholdet mellom rus og ledelse på arbeidsplassen, fremfor en kvantitativ metode hvor informantene svarer generelt på en spørreundersøkelse (Jacobsen 2015, 65). For å besvare vår problemstilling benytter vi oss av kvalitativ dybdeintervju som innsamlingsmetode, hvor vi får direkte informasjon fra primærkilden. Det er holdt fokus på åpen kommunikasjon i intervjuene for å oppnå tillit hos informantene, og for at informantene skal kunne fortelle sin oppfatning av virkeligheten. Vi utarbeidet en semi-standardisert/strukturert intervjuguide med utgangspunkt i generelle teoretiske antakelser. Som tidligere nevnt kan rus være tabu å prate om i helsesektoren, og ved bruk av dybdeintervju får vi muligheten til å være til stede og stille oppfølgings spørsmål for å avdekke sannheten. Vi benyttet oss av båndopptak under intervjuene for å gjøre transkriberingen enklere. Den innsamlede informasjonene ble kodet (Johannessen, Kristoffersen og Tuft 2011, 139-140).

Vi valgte å benytte oss av en deduktiv tenkning hvor vi har noen teoretiske antakelser, men selve prosessen er mer induktiv. I en deduktiv metode har man antakelser man ønsker å teste ut, men vi ønsker å få utvidet informasjon rundt våre antakelser. Selv om vi har noen generelle teoretiske antakelser går vi inn med et åpent sinn for andre funn (Jacobsen 2015,

29). Vi har valgt å benytte et intensivt design hvor vi går i dybden på problemstillingen med få informanter. Vi søker etter personlige oppfatninger av forholdet mellom rus og ledelse, men ønsker samtidig å få frem likheter om fenomenet (Jacobsen 2015, 90).

6.1 Informert samtykke

Informantene skal kunne bestemme over sin egen deltakelse, og vil derfor blir informert om oppgavens tema. Deltakelsen skal være helt frivillig og de kan trekke seg når som helst før, under, eller etter intervjuet uten noen form for negative konsekvenser eller ubehag (Vedlegg 1). Enkeltpersoner kan bli identifisert i undersøkelsen, så derfor stiller (Personopplysningsloven 2000) krav til samtykke, jf. popplyl §9. Informantene som deltar kan samtykke muntlig, skriftlig, elektronisk eller på papir (Johannessen, Kristoffersen og Tuft 2011, 93-94). Vi har valgt at våre informanter skal underskrive samtykkeskjema, slik at vi er sikre på de er fullt bevisst på sine rettigheter.

6.2 Utvalg og rekruttering

Formålet med en kvalitative undersøkelse er å få mest mulig informasjon om et fenomen (Johannessen, Kristoffersen og Tuft 2011, 109). I denne oppgaven har vi valgt å intervju sykepleiere og ledere på Sykehus X. Vi har valgt å ikke fokusere på kjønn i vår oppgave, fordi vi ikke ser det som relevant for vår undersøkelse. Vi intervjuet en mann og seks kvinner. Vi ser det som en fordel at alle sykepleierne var kvinner i en alder mellom 20-25 år, det kan være en påvirkningsfaktor for å skape tillit når informanter og forskerne har samme kjønn og alder (Cialdini 2011, 203). Vi har bevisst valgt å få bekjente sykepleiere til å rekruttere andre sykepleiere til undersøkelsen, såkalt snøballmetode (Jacobsen 2015, 182-183). Vi benyttet oss av den fordel for å gi deltagerne en følelse av at de kan stole på oss i likhet med sine kolleger som rekrutterte (Cialdini 2011, 196). Samme metode ble benyttet ved rekruttering av lederne, hvor den første lederen vi kom i kontakt med rekrutterte de to andre lederne til å delta (Jacobsen 2015, 182-183).

Vi ønsket å intervju sykepleiere og ledere ved Sykehus X. Kriterier for valg av informanter var deres stilling som sykepleier, uavhengig av avdeling. Aldersspennet er som sagt noe vi ser på som en fordel for å skape tillit når man har noe til felles, et såkalt likhetsprinsipp (Cialdini 2011, 203). Kriteriene for lederne var at de var ansatt i HR-avdeling eller som

avdeling/linjeleder. Vi valgt å intervju sykepleiere og ledere for å få en større og bredere innsikt i vår problemstilling. På denne måten kan vi se problemstillingen fra forskjellige perspektiver, altså to virkelighetsoppfatninger.

6.3 Forskningsprosessen

Som tidligere nevnt benyttet vi oss av snøballmetoden som rekrutteringsmetode (Jacobsen 2015, 182-183). Kontakten med alle informantene foregikk ved mail eller Facebook. Vi informerte alle om hensikten med oppgaven og vår problemstilling, og at undersøkelsen ville være anonym. Vi ønsket er formelt samtykke. Sted og tidspunkt for gjennomførelse av intervjuene ble bestemt av informantene. Sykepleierne ønsket å gjennomføre intervjuene under naturlige kontekst som hjemme hos vedkommende eller på en cafe, og lederne ønsket å møtes på kontoret på arbeidsplassen.

6.4 Presentasjon av informanter

Vi ønsker å gi en kort presentasjon av våre syv informanter (Modell 1) som har deltatt i undersøkelsen. Som tidligere nevnt har vi avtalt med våre informanter om at personalia og stilling forblir anonymisert. Alle våre informanter hadde en 100% stilling som sykepleier eller ansatt ved HR-avdelingen. Vi har ikke fokus på alder eller kjønn, men som tidligere nevnt er sykepleierne jevnaldrede kvinner, som vi så en fordel ved at vi kunne påvirke dem til å fortelle oss sannheten.

6.4.1 Modell 1: Presentasjon av utvalg

Informant 1	Sykepleier	Kvinne
Informant 2	Sykepleier	Kvinne
Informant 3	Sykepleier	Kvinne
Informant 4	Sykepleier	Kvinne
Informant 5	Leder (HR)	Kvinne
Informant 6	Leder (HR)	Kvinne
Informant 7	Leder (HR)	Mann

6.5 Kvalitativt dybdeintervju

Vi har valgt å gjennomføre intervjuer for å få best mulig kvalitet på informasjonen om fenomenet vi ønsker å undersøke. Rus på arbeidsplassen kan være et veldig tabu-belagt tema på et sykehus, og vi mener at et semi-strukturert dybdeintervju kan være best egnet til temaet. Ved denne type intervju får vi mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål for å komme i dybden på deres oppfattelse. Intervjuobjektet kan også komme til å føre oss inn på andre temaer vi ikke har utforsket enda, men som er relevant for problemstillingen i oppgaven. Individuelle dybdeintervjuer kan egne seg for temaer som behøver trygghet og ettertanke, siden noen av spørsmålene våre kan oppfattes som sensitive, er det derfor veldig viktig at informantene føler seg trygge i settingen (Gripsrud, Olsson og Silkoset, 2011, 90).

I forkant av vårt semi-strukturerte intervju har vi utarbeidet en intervjuguide som utgangspunkt for intervjuet. Vi tok utgangspunkt i generelle teoretiske antakelser ved utformingen av intervjuguiden, dette for å unngå å stille irrelevante spørsmål slik at vi kunne komme dypere til bunns på det vi lurte på. Under intervjuene var det en naturlig flyt i samtalen om de relevante temaene, og det ble ingen skarpe overganger fra et tema til et annet. Det ble rom for at informantene kunne reflektere rundt de ulike temaene. Hvis samtalen gikk tregt eller vi ikke kom på noen flere oppfølgingsspørsmål kunne vi støtte oss til intervjuguiden.

Intervjuene ble foretatt i naturlig kontekst på arbeidsplassen for lederne, og hjemme hos sykepleierne eller på cafe. Vi foretok en kort presentasjon av oss og selve oppgaven. Informantene aksepterte at vi foretok opptak av samtalen for å forsikre oss om at ingen informasjon gikk tapt. Vi opplevde alle informantene som åpne og ærlige. Intervjuene startet med generelle spørsmål for å bli kjent før vi gikk videre inn på forskningsspørsmålene. Spørsmålene omhandlet faktorene: arbeidskultur, arbeidstid, stress og utbrenthet, ledernes håndtering og holdning til rusmiddelpolitikk og deres personlige opplevelse om rusmiddelpolitikk (Vedlegg 2). Oppfølgingsspørsmål er ikke tatt med i vedlegg 2.

6.5.1 Koding

Etter å ha gjennomført transkriberingen av intervjuene satt vi igjen med mye datamateriell. Vi systematiserte informasjonen for å få en bedre oversikt for å finne relevante mønstre vi kunne analysere. Kodene er valgt ut i fra problemstilling og litteraturgjennomgang. Vi har delt den innsamlet data inn i de ulike kodene; arbeidskultur, arbeidstid, stress, utbrenthet og andre funn. Bruk av kodene vil gi en fullstendig beskrivelse av de opplevelser og handlinger som vi undersøker (Kvale og Brinkmann 2009, 209) og gjøre analyseprosess mer oversiktlig.

6.5.2 Analyseteknikk

I vår oppgave ser vi det som svært relevant å forholde seg objektiv til datamaterialet. Ved valg av kvalitativ metode vet vi at det er viktig å ikke bli styrt av subjektive holdninger, og at vi må gjennomføre analysen nøytralt til alle årsaksforhold som kan forekomme (Askheim og Grenness 2014, 143). Vi kommer til å benytte oss av Modell 2 som vår analyseteknikk. Analysen vil omhandle våre teoretiske antakelser, resultatene fra vår datainnsamling for så å bli satt opp i mot Sykehus X sin rusmiddelpolitikk.

6.5.2.1 Modell 2: Modell for analyseteknikk

Arbeidskultur	Datainnsamling	Rusmiddelpolitikk
Arbeidstid	Datainnsamling	Rusmiddelpolitikk
Stress	Datainnsamling	Rusmiddelpolitikk
Utbrenthet	Datainnsamling	Rusmiddelpolitikk
Andre faktorer	Datainnsamling	Rusmiddelpolitikk

6.6 Pålitelighet og troverdighet

I kvalitativ metode er det informasjonen fra intervjuet som styrer datainnsamlingen (Johannessen, Kristoffersen og Tuft 2011, 199). For å forsterke påliteligheten forsikret vi oss om at vi stilte relevante spørsmål til informantene, og vi var kritiske i prosessen ved utvalg og rekruttering av informanter. Vi var kritiske til de svar vi fikk av informantene, og generelt den informasjonene vi fikk, da vår metode ikke er fullkommen. Metodekritikk vil bli omhandlet senere i oppgaven. Vi benyttet oss av to teknikker for å øke sannsynligheten for troverdige resultater; vi brukte god tid til å bli kjent ved fenomenet rus og ledelse, for å sortere ut relevant informasjon og bekrefte resultatene ved å gjengi informasjonen til informantene (Johannessen, Kristoffersen og Tuft 2011, 230).

6.7 Generalisering og overførbarhet

Generalisering av funn er ikke mulig i kvalitativ metode, men det kan være overførbart (Johannessen, Kristoffersen og Tuft 2011, 231). Vårt utvalg består av syv informanter hvor fire er sykepleiere og tre ledere. Det er seks kvinner og en mann med en spredning i alder, noe som vil si at det ikke er representativt for populasjonen. Rus på arbeidsplassen er hovedtemaet, og kan være et svært tabu belagt tema i helsesektoren som gjør at informantene

ikke gjengir helt korrekt informasjon. Det kan være en utfordring å overføre våre funn til andre sammenhenger fordi informasjonen er basert på personlige opplevelser. Teori kan belyse informantenes opplevelse, og vi har i den sammenheng forsøkt å finne teori som støtter opp virkelighetsoppfatningen. Mennesker er individuelle individer og kunnskap om mennesker er ikke alltid generell (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2011, 231).

6.8 Forskningsetikk

Når man skal gjennomføre en undersøkelse må man ta hensyn og underordne seg etiske prinsipper, samtidig som man tar hensyn til juridiske retningslinjer. Våre informanter er anonyme og vi har tatt alle forbehold for at informantene ikke kan bli identifisert.

Informantene blir med i undersøkelsen frivillig og blir godt informert om at de kan trekke seg når de ønsker det. Vi fokuserer på å bare stille spørsmål som er relevant til vår oppgave og ikke stille personlige spørsmål. Hvis informantene ikke ønsker å svare på et spørsmål så ble det respektert (Johannessen, Kristoffersen og Tufte 2011, 92-93). Alle informantene ble informert om tema for undersøkelsen og at det kan bli personlige spørsmål vedrørende rus på arbeidsplassen. Vi presiserte at eventuelle svar som ikke er relevante vil bli utelatt fra oppgaven.

7.0 Hovedfunn fra resultater

Vår forskning tar utgangspunkt i ulike faktorer som bidrar til rusmisbruk blant helsepersonell, og hvordan ledere håndterer rusmisbruket på arbeidsplassen. Vi vil i denne delen legge frem hva som ble sagt av informantene om forholdet mellom rus og ledelse. Det kom frem at det er en rekke ulike faktorer som kan bidra til et eventuelt rusmisbruk i helsesektoren, og dette vil vi gå nærmere inn på i vår analyse.

7.1 Funns fra sykepleierne

7.1.1 Arbeidskultur

Under vår datainnsamling forteller informant 1 og 3 om hierarkiske omgivelser på arbeidsplassen; hvor leger er på øverste nivå, ansvarlige sykepleiere på andre og hjelpepleiere på tredje nivå. Hierarkiet gjenspeiler seg i måten kollegaene samhandler med hverandre. Informant 1 forteller at i enkelte tilfeller føler hun blir snakket nedlatende til av ansvarlig

sykepleier og leger. Informant 1 og 2 forteller at deres hverdag består av å samarbeide i tverrfaglige grupper, men informant 1 synes det kan være utfordrende fordi legene skaper forsinkelser. Informant 2 forteller at hennes gruppe hjelper hverandre og snakker åpent om alt.

Informant 1 og 3 forteller at de har julebord og sommerfester, men har ikke kunne deltatt på grunn av arbeid. Informant 3 forteller videre at deres avdeling er flinke til å være sosiale sammen etter arbeidstiden, hun omgås som regel med jevnaldrede kolleger. Det ble spurt om det var rom for å være i bakrus på hennes avdeling, svaret er ja det er greit å være “fyllesjuk” så lenge jobben blir gjort. Informanten sier det ofte er tilfeller hvor ansatte fyllesyke på jobb, de er som regel de yngre ansatte. Det blir snakket om det på avdelingen, men på en festlig måte. Det var et tilfelle hvor en kollega var så fyllesyk at det gikk utover kollegaene, men det ble ikke meldt til lederen. Informant 3 har aldri opplevd eller hørt om lignende situasjoner. Med tanke på at det ikke er et tema som er blitt diskutert på arbeidsplassen, antar hun at det er rom for å være fyllesyk så lenge jobben blir gjort. Informant 2 og informant 4 forteller at det er rom for å være fyllesjuk på jobb så lenge jobben blir gjort. Informant 2 sier at det blir snakk om det blant kollegene, men ikke opplevd at dette har gått til leder. Informant 2 forteller at de har “lønningspils” en gang i måneden, og at leder enkelte ganger er med. De har tidligere hatt vin-lotteri hver fredag, men ble slutt på det grunnet nye retningslinjer. Informant 4 forteller at det arrangeres “lønningspils” hver måned og avdelingen generelt er flinke til å være sosiale utenfor arbeidsplassen. Hun omgås mest med jevnaldrede kolleger, og de drikker som regel alkohol når de er sosiale sammen. De har julekalender hvert år hvor premier har vært fra vinmonopolet.

Både informant 2 og 4 har vært med på julebord med avdelingene sine. Begge informanter sier at det var mange ansatte og ledere som deltok, og de aller fleste drakk alkohol. De som ikke drakk var gravide eller skulle på jobb dagen etterpå. Informant 2 forteller at det tidligere har vært åpen bar men i 2016 måtte de ha med egen alkohol på grunn av nye retningslinjer. Informant 4 fikk utlevert bonger av sin leder på deres julebord i 2016. Informant 4 sier hun ikke opplevde noen uheldige hendelser på julebordet. Informant 2 forteller at det skjedde en hendelse som det ble mye snakk om i etterkant.

Informant 3 forteller at hun ikke har en relasjon til sin leder, og hadde det oppstått en situasjon hvor en kollega var påvirket av rus er hun usikker på om hun ville kontaktet leder. Med tanke på hierarkiet i hennes avdeling er hun også usikker på om hun ville blitt tatt seriøst av sine kollegaer og leder. Informant 1 har et god forhold til sin sjef, og forteller at hun ikke hadde hatt noe problem med å kontakte leder hvis hun hadde mistanke om rus. Både informant 1 og 3 sier at deres ledere har et større fokus på administrative oppgaver enn relasjonsbygging med ansatte. Informant 2 forteller at hun ville ha vurdert situasjonen før hun kontaktet leder, men hadde det vært åpenbar lukt ville hun gått rett til leder. Informant 4 ville forhørt seg med sine kollegaer før hun gikk til en leder med sine mistanker om rus.

7.1.2 Arbeidstid

En vanlig arbeidsdag består av 8 timer for alle informanter, men det hender de må jobbe overtid. Informant 3 forteller at hun i enkelte tilfeller må jobbe 30-90 minutter overtid for å bli ferdig med arbeidet. Hun forteller videre at leder ikke har kontroll på hvem som jobber overtid fordi leder drar hjem før sine ansatte. Leder har aldri snakket om bruk av overtid, og informant antar dette er fordi de ansatte ikke skriver opp overtiden. Informant 1 forteller at hun føler et tidspress i sin avdeling, og at tiden ikke strekker til. Leder oppfordrer ikke direkte til bruk av overtid, men det forventes at man ikke drar hjem før arbeidet er gjort. Informanten forteller at hun i enkelte tilfeller blir igjen 90 minutter, og hun skriver ikke overtid da leder mener de ansatte selv har organisert arbeidet dårlig.

Informant 2 og 4 må også jobbe 30-90 minutter overtid i enkelte tilfeller for å bli ferdig med oppgavene sine. Informant 2 forteller at hennes leder ikke ønsker overtid, og oppfordrer sine ansatte til å gi oppgavene videre til neste skift men forstår at det ikke alltid er lett. Hun forteller videre at hun har hatt flere dobbelskift fordi det har oppstått feil i vaktlistene, eller ved sykdom. Informant 4 velger å si nei til dobbelskift, hun gjorde dette tidligere og ble utslitt. Hennes leder aksepterer nei fra sine ansatte. Alle informantene inngår i turnusordninger, og de er enige i at det er svært krevende å ha sen-vakt med påfølgende tidlig vakt dagen etterpå. Informant 1 forteller at hun har benyttet seg av sovemedisiner for å få en dyp søvn og energi til neste vakt.

7.1.3 Stress

Informant 1 forteller at mangel på søvn, mat og drikke er de største stressfaktorene i hennes hverdag, og dette begrunnes turnusordning og en hektisk hverdager. Hun nevner at hierarkiet er også noe som stressfaktor til tider, men at det ikke er en dominerende faktor. Informant 3 forteller at hierarkiet er den største stressfaktoren i hennes hverdag, fordi hun føler hun blir evaluert hele tiden. Informant 2 og 4 forteller at de blir stresset av den hektiske hverdagen, og at tiden ikke strekker til. Informant 2 synes det er stressende at det kommer mange uklare beskjeder fra leger og ledere. Informant 4 sier at den største stressfaktoren er å håndtere mange ulike arbeidsoppgaver samtidig. Hun føler hun må prioritere mellom de ulike oppgavene.

7.1.4 Utbrenthet

Informant 3 har ingen erfaring med utbrenthet hos seg selv eller kollegaer. Informant 1 har kjennskap til erfaring ved utbrenthet. Hun forteller at hennes kollega mistet en pasient og ble svært oppskaket av dette. Hennes kollega ble sent hjem av ansvarlig sykepleier og det ble forventet at hun skulle komme seg til neste arbeidsdag. Leder ble informert om situasjonene men tok ikke kontakt, tilbydde heller ikke vedkommende noen å prate med. Vedkommende ble aldri helt det samme etter hendelsen, hun ble mer stille og nedstemt. Hun forklarte hendelsen som en psykisk smell som var bygget opp over tid og til slutt rant over.

Informant 2 merker at hun selv og kollegaer har blitt utbrent. De blir både nedstemte og stille, og dette oppstår fordi de føler seg tiltaksløs og at de ikke strekker til. Informant 4 har tidligere blitt utbrent på grunn av turnusordningen og hektiske arbeidsdager. Turnusen har gjort at det har blitt mangel på søvn og det er fysisk påkjenning. Hun forteller videre at hun tar med seg hendelser som har skjedd på jobben hjem, og det påvirke henne psykisk.

7.1.5 Andre funn

Informant 3 forteller at hun fester mye med jevnaldrende, fra sin egen avdeling og andre sykehus. Hun har tidligere reagert på festing som har gått over styr, og har tenkt at dette er profesjonelle mennesker som skal på jobb dagen etterpå. Hun forteller om antakelser om at hennes "festpartnere" har vært påvirket av sterke rusmidler, og antar at dette har kommet fra arbeidsplassen.

Alle informantene fortelle at deres leder aldri har informert eller kommunisert noe om en rusmiddelpolitikk på arbeidsplassen. Informant 3 prøvde å finne informasjon angående rusmiddelpolitikk på arbeidsplassen uten hell. Dette ble diskutert blant de ansatte på avdelingen, og ingen viste eller hadde hørt hvor de kunne finne informasjon om en eventuelle rusmiddelpolitikk. Informant 1 og 2 har antakelser om at ledelsen indirekte forventer at de kan reglene om rus på arbeidsplassen, og at dette kan være en årsak til at leder ikke har informert om dette. Leder har heller aldri snakket om helsepersonelloven eller fortalt at sykehuset er i samarbeid med AKAN. Ingen av våre informanter har hørt om AKAN.

Informantene forteller om deres retningslinjer i forhold til håndtering av medisiner og narkotiske stoffer. Alle avdelingene har dobbelsignering på medisinrommet, det er kun sykepleiere som har tilgang med nøkkelkort og kode. Informant 1 påpeker at det til tider er svikt i i systemet i forhold til dobbelsigneringen. Det blir i enkelte tilfeller meldt som avvik, men det blir ikke alltid fulgt opp. Informanten mener det burde være strengere kontroll, da det skjer ofte nok til at det kan bli et stort problem. Informant 2 fortalte om en hendelse i 2015 som var svært alvorlig, og et resultat av dette var at deres rutiner ble mye strengere. Hun forteller at leder fikk mye hjelp av HR-avdelingen under hendelsen, fordi vedkommende ikke visste selv hvordan situasjonen skulle håndteres. Informantene forteller at de ikke har fått informasjon eller veiledning på hvordan de skal håndtere en situasjon hvor det er mistanke om at en kollega er påvirket av rus. Ingen av informantene forteller om kunnskap om kjennetegn på misbruk av rusmidler. Informantene fortelle de synes lederne burde informere om rusmiddelpolitikken på arbeidsplassen, og være tydeligere på hva slags regler som gjelder. De tror da at rus blir tatt mer seriøst på arbeidsplassen, spesielt når det kommer til bakrus. Ingen av informantene har heller gjort seg kjent med rusmiddeltesting av seg selv eller andre på arbeidsplassen.

7.2. Funn fra ledere

7.2.1 Arbeidskultur

Informanten er enige om at det er nulltoleranse når det gjelder å være påvirket på arbeidsplassen, men er klar over at enkelte ansatte er påvirket hver dag. Informantene har

antar at at det er rom for å være fyllesyk så lenge arbeidet blir gjort. Informant 7 forteller at når det er et så stort sykehus oppstår det gjerne “ruskultur” i enkelte avdelinger. Informant 7 informerer oss om at deres rusmiddelpolitikk skal være en instruks om holdninger blant ledere og ansatte, og gi retningslinjer for håndtering av en ansatt med problemer. Han forteller videre at rusmiddelpolitikken er helt ny, den ble publisert i 2016. Den ligger lett tilgjengelig, men uten nytte hvis ingen vet at den finnes. Informantene er enige om at de burde hatt en bedre strategi for å kommunisere rusmiddelpolitikken. De forteller at de ikke har flinke nok til å fokusere på nyansatte, og gi de informasjon om AKAN og rusmiddelpolitikken. Informant 6 forteller at rusmiddelpolitikken ikke var like godt mottatt av enkelte avdelingslederne, og har mistanke om at ikke alle følger retningslinjene. Hun mottok en mail fra en avdelingsleder som spurte om det var lov å servere “bobler” i lunsjen på grunn av jubileum, hun svarte nei og fikk mail tilbake av avdelingsleder hvor det stod “obs.” Informantene forventer at deres ledere skal formidle rusmiddelpolitikken ut til avdelingene, men de ble ikke sjokkert over å høre av ingen av våre sykepleier informanter hadde hørt om den.

Informantene forventer at deres ansatte skal følge rusmiddelpolitikken, og ikke servere alkohol på sykehusets regning. Det forventes at ledere og ansatte skal være bevisst på hvor mye alkohol de inntar i sosiale sammenhenger i regi av arbeidsplassen. Informant 6 og 7 forteller at det tidligere har vært svært negative hendelser på deres julebord og sommerfester. Informant 6 har valgt å slutte med fester, men informant 7 fester fortsatt uten alkoholserving på sykehusets regning. Informantene ønsker ingen aktiviteter blant de ansatte som inkluderer alkohol, men de vet at de ansatte går ut på “fredagspils” og “lønningspils”. De frykter dette vil bidra til en sterke drikkekultur i avdelingene.

7.2.2 Arbeidstid

Informantene er enige om at turnusordninger er krevende for de ansatte, hvor de har sen-vakt og tidlig vakt dagen etterpå. De ønsker å gjøre det mulig for de ansatte å ha 12 timer fri etter hver vakt, men dette er vanskelig på grunn av manglende ressurser. Spesielt for de ansatte som har 12 timers-vakter, men igjen begrunner informantene det med manglende ressurser. Informant 5 forteller at det er umulig å ikke ha turnusordninger på et sykehus, fordi sykehuset aldri stenger.

7.2.3 Stress

Informant 6 forteller at de har pågående rus saker i avdelingen sin, som er direkte relatert til stress og ubearbeidete problemer på arbeidsplassen. Det er et enormt press om å prestere 100% forteller informant 7. Informant 5 forteller at stress er en avgjørende faktor i hennes avdeling, men har ingen rus-relaterte saker på grunn av stress. Hun forteller videre at det er viktig at ledelsen går inn så tidlig som mulig å tilby sine ansatte noen å prate med, fordi det er lett å bli deprimert og begynne å ruse seg. Ingen av informantene har saker hvor de ansatte er utbrente.

7.2.4 Annet funn

Informant 5 og 6 forteller om sykehusets mørketall. De forteller at det alltid er 3-4% av alle ansatte som er påvirket hver dag på arbeidsplassen. Alle informantene er enige i at dårlig ledelse kan være en faktor for en så høy prosent. Et av de største problemet er at ledelsen ikke er aktiv på avdelingene, men heller sitter på kontoret. Et annet problem informantene forteller om er at lederne kvier seg med å ta opp problemene med sine sjefer, og da kan det hende vedkommende har fått enda større problemer. Det er viktig å handle med en gang. De har alle kjennskap til situasjoner hvor ansatte har vært påvirket og hvor det har oppstått tyveri av medikamenter og upassende oppførsel av ledere og ansatte som er påvirket av rusmidler. Informantene er enige om at dette kunne forhindres med en bedre ledelse og er klar over at mange av ledere "gjemmer" seg på kontoret. Det er viktig at ledere er til stede og tilgjengelige i avdelingen, det kan være en faktor som bidrar til å redusere rusmisbruk blant de ansatte, forteller informant 6. Han forteller videre at de ikke har retningslinjer for hvordan de ansatte skal håndtere et eventuelt misbruke eller mistanke om misbruk blant kollegaene. Det finnes kun retningslinjer for ledere. Informant 5 ønsker å lære opp ledere og ansatte om kjente symptomer på rusmisbruk.

Informant 7 sier at han opplever at tilgjengeligheten på rus og aksept for dette i arbeidskulturen er en av de største faktorene i hans rus-relaterte saker. Han sier at i teorien skal ikke medisiner være tilgjengelig, men at det alltid er noe som blir stjålet. Når det kommer til kultur sier han det handler om hvor akseptert det er i gruppen å være påvirket av medisiner og alkohol. Informant 5 fortalte at hun har overhørt en ansatt som hadde benyttet seg av medisiner fra arbeidsplassen. Alle informantene forteller at de har hatt saker hvor det

har vært grove tyveri fra medisinerrommet.

8.0 Analyse av resultater

8.1 Rusmisbruk i helsesektoren

Rusmisbruk blant helsepersonell har vært et tema siden Florence Nightingale tok opp dette problemet under Krimkrigen; hvor hun da oppdaget at ansatte misbruket illegale rusmidler (Abbott 1987). Selv om problemet først ble belyst i 1858 (Abbott 1987), har det vært lite oppmerksomhet rundt temaet. Kunnskapen er voksende, men vi antar at det er et lite omtalt tema i forskningen da dette kan være et svært tabubelagt emne i helsesektoren. Arbeidslivet og samfunnet er stadig i endring (Nordhaug 2002, 267) og derfor kan det være et behov for kunnskap om arbeidsrelatert rusmiddelbruk (Sagvaag og Sikveland 2014, 52).

Rusmiddelbruk har en lang historie. Stoffer som morfin og opium kan spores tilbake til 1700-tallet, og ble brukt som smertedempende midler i likhet med i dag. Det var ikke før på 1800-tallet antakelser om misbruk ble tatt opp (Mansåker, Mosdal og Sperrevik 2012).

I følge Helsetilsynet er misbruk av rusmidler en av hovedårsakene til at helsepersonell blir fratatt autorisasjonen sin. Tyveri av legemidler fra arbeidsplassen er en av hovedgrunnene til at rusmisbruk oppdages blant helsepersonell (Helsetilsynet). Rusmisbruk i helsetjenesten kan utgjøre en høy sikkerhetsrisiko. De utsetter først og fremst pasientene, men misbruket kan få alvorlige konsekvenser for kollegaer og misbrukeren selv (Nordal, 2006). Det er dermed kritisk at arbeidsgiver ivaretar sitt ansvar for sikkerheten i helsesektoren (Helsetilsynet).

8.2 Arbeidskultur

Sykepleier 1 og 3 forteller om hierarkiske omgivelser på arbeidsplassen. De forklarer hierarkiet i måten kollegene forholder seg til hverandre.

“Jeg føler at enkelte kolleger har en nedlatende tone mot meg.”

Sykepleier 1

I følge Bang 2011 kan det ofte foregå konflikter mellom ulike yrkesgrupper i en organisasjon

(Bang 2011, 33). Sykepleier 1 forteller at kollegaer i ulike stillinger har en nedlatende tone mot henne. Bang 2011 skriver at ulike yrkesgrupper har egne verdier og tilnærminger, i dette tilfelle så er informant 1 i samme yrkesgruppe og man ville tro at alle i avdelingen ville hatt felles verdier og holdninger (Bang, 2011, 33). Dette kan bli et krevende problem over tid, med tanke deres hverdag som består av å jobbe i tverrfaglige-grupper. Leder 6 forteller at hennes inntrykk av hierarkiet i arbeidskulturen er verre enn i militæret. Hun har antakelser om at noen må ta plassen som leder når avdelingsleder ikke er til stede. De ulike gruppene i kulturen kan stå mot hverandre og forsøke å maksimere egen interesse på bekostning av de andre gruppenes interesse, slik som informant 3 forteller at legene som regel er forsinket. Slik som Cyert og March beskriver organisasjoner som en koalisjon av individer, altså individer og grupper med egne særegne interesser (Jacobsen og Torsvik 2013, 164). Når en organisasjon består av en slik koalisjon av individer kan det bidra til konflikter og maktbruk på ulike nivåer (Jacobsen og Torsvik 2013, 165). Desto større arena for makt og særegne interesser kan det oppstå uenighet om mål, virkemidler og bruk av ressurser. Uoversiktlig beslutningsprosesser kan bli preget av konflikt, slik som sykepleier 1, 2 og 3 forteller om ved legenes forsinkelse og at det oppstår kaos når leger og ansvarlig sykepleier kommer med mange uklare beskjeder (Jacobsen og Torsvik 2013, 166).

Sykepleierne forteller at de har julebord og sommerfest i deres avdeling. I følge Bang 2011 bruk av slike arrangement er med på å skape og forsterker relasjoner mellom kollegaer i avdelingen, og skaper felles erfaringer (Bang 2011, 113). Sykepleier 1, 2 og 3 forteller at deres avdelinger er flinke til å være sosiale sammen utenom arbeidsplassen, og det er som regel alkohol med i bildet. De sier at det som regel er den samme gjengen som er sosiale sammen og det er jevnaldrede kollegaer. Deres beskrivelse kan ligne på uttrykket subkultur, hvor de i deres gjeng har en felles sosial identitet og selvbilde (Bang 2011, 41). De forteller at det er akseptert å være fyllesjuk på arbeidsplassen så lenge arbeidet blir gjort til en viss kvalitet. Dette kan komme av den sosiale identiteten de har i subkulturen, de blir rett og slett blinde av hverandres handlinger fordi de kan kjenne seg igjen i situasjonen. Det har tidligere blitt diskutert om subkulturer har en negativ eller positiv effekt på organisasjonen, og om det er noe organisasjonen bør jobber for eller imot (Bang 2011, 42). Bang 2011 skriver at spørsmålet er ikke om subkulturer er bra eller ikke, men i hvilken grad det er optimalt for organisasjonen å ha dem (Bang 2011, 42).

“En kollega omtalte en bakvakt som rødvinsvakt.”

Sykepleier 1

Sykepleierne forteller at de har “fredagspils” og “lønningspils”, dette er lederne helt i mot. Lederne sier de ønsker at ansatte skal være sosiale sammen i andre settinger enn når alkohol er inn i bildet. De mener at dette bidrar til en sterkere drikkekultur i avdelingene. Sykepleier 1 forteller at enkelte leger kaller en bakvakt for “rødvinsvakt”; når ingen har ringt innen et viss klokkeslett tar de seg et par glass vin. Når en lege velger å dele denne informasjonen med sine kollegaer kan det si om hvilke aksept det i arbeidskulturen, og slik som Bang beskrev det kan dette eksempelet vise til hvordan kulturen har en negativt effekt på sykehuset som organisasjon.

Leder 5 og 6 forteller om uheldige hendelser på sine firmafester grunnet overstadig bruk av rus. Leder 6 sier hun har sluttet å arrangere fester i regi av arbeidsplassen, men leder 5 arrangerer fortsatt fester men med begrenset tilgang på alkohol. I følge Ørjasæther, Kravik og Stang 2015 bør ansatte få en klar beskjed i forkant av arrangementer om at alle skal opptre på en god måte og ikke glemme at de fortsatt representerer arbeidsplassen (Ørjasæther, Kravik og Stang 2015, 138). Det er lederne som har ansvar for skjenking av alkohol, og det er uforsvarlig å legge opp til at folk skal bli overstadig beruset (Ørjasæther, Kravik og Stang 2015, 141), slik som både leder 5 og 6 gjorde ved å ha åpen bar på deres arrangementer. Sykepleier 2 og 4 forteller at det har vært lett tilgang på alkohol, deres ledere har også nytt alkohol men har hatt en representativ adferd ovenfor sine ansatte. Det viser seg at januar og juni er høysesong for rådgivning om konsekvenser for handlinger som har skjedd på firmafester (Ørjasæther, Kravik og Stang 2015, 142). Leder 5 forteller om en sommerfest hvor politiet ble involvert.

Sykehus X publiserte den første rusmiddelpolitikken i 2016, på grunn av hendelser på firmafester, og en høy toleranse for drikkekultur i avdelingene på sykehuset. Det skal ikke benyttes alkohol i arbeidstiden, og utenfor arbeidstiden er det en grense på to enheter alkohol. Alkoholen skal ikke være på sykehusets regning. Fra 2016 var det forbudt med vin-lotteri og gaver i form av alkohol på Sykehus X. Sykepleier 1 forteller at de sluttet med vin-lotteri etter

rusmiddelpolitikken ble publisert, og de måtte ha med egen alkohol på julebordet i 2016. Leder informerte ikke om maks antall enheter. Rusmiddelpolitikken sier at lederne skal gå frem som gode rollemodeller og vise hvilken holdning Sykehus X har til rusmiddelbruk. Leder 5 forteller at hun ikke tror alle ledere overholder den nye rusmiddelpolitikk, det bekreftet sykepleier 4 ved at de fikk utdelt bonger for å få “gratis” drikke på julebord i 2016.

Rusmiddelpolitikk til Sykehus X handler ikke direkte om organisasjonskulturen, men den sier at alle ansatte skal stille upåvirket i arbeidstiden. Det vil si at ansatte ikke skal stille direkte eller indirekte påvirket av rus, inkludert bakrus og lukt. Rusmiddelpolitikken sier at dette er inkludert i hjemmekontor, og at “rødvinsvak” ikke er akseptert. Lederne og sykepleiere forteller om “fredagspils” og “lønningspils” i sine avdelinger, som kan være en årsak til at ansatte er fyllesyke på jobb dagen etterpå. Ingen av sykepleierne eller lederne snakker om bruk av illegale rusmidler når det gjelder kulturen i avdelingen deres, kun alkohol.

8.3 Arbeidstid

Sykepleierne forteller at de føler tiden ikke strekker til, og blir fortvilet over dette. En vanlig arbeidsdag er 8 timer, men enkelte ganger forteller de at de må bli igjen fordi ledelsen har signalisert at ingen drar hjem før arbeidsoppgavene er gjort. Det sykepleierne forteller kan tolkes som at de setter seg urealistiske mål, eller at det blir forventet for mye av dem. Når helsearbeidere jobber lenge under urealistiske høye mål kan følelsen av utbrenthet forekomme (Fekjær 2009, 300). Svekket mestringsfølelse hos en ansatt kan øke følelsen av utbrenthet (Arbeidstilsynet).

Alle sykepleierne inngår i turnusordning, det er visst nok umulig å unngå en slik ordning i helsesektoren. Det er tidligere gjort forsøk på å ha fleksible og tilpassede turnusordninger for den enkelte ansatte, men det har vist seg at det fungerer dårlig i praksis (Kleiven 2007). Et sykehus er en virksomhet som er aktiv 24 timer i døgnet og manglen på ressurser gjør turnusordninger nødvendig, dette bekrefter informant 5. Turnusordninger kan påvirke søvnkvaliteten, og det kan være en fysisk påkjenning over tid.

“Jeg har brukt sovemedisin for å få nok energi fra en sen-vakt til en tidlig vakt.”

Sykepleier 1

Enkelte mennesker kan være mer følsomme for en forstyrrelse i døgnrytmen (psykologtidsskriftet), slik som sykepleier 1 forteller at hun har benyttet seg av sovemedisin for å få nok energi fra en sen-vakt til en tidlig vakt. Hun informerte ikke hvor hun hadde fått medisinene fra. Når en sykepleier allerede har benyttet seg av sovemedisiner på grunn av turnusordninger, har vi antakelser om at dette kan føre til et større forbruk av medisiner for å regulere døgnrytmen. Schluter 2012 viste til en sammenheng mellom lange arbeidsdager og bruk av rus, men i form av alkohol. Han konkluderte med at dersom arbeidstiden eller overtid ikke justeres, kan det være nødvendig å iverksette tiltak for å beskytte de ansatte (Sagvaag og Sikveland 2014, 40).

“Enkelte ansatte har gått av med pensjon i en alder av 50 år.”

Leder 5

Dette samsvarer med det leder 6 forteller, i hennes avdeling er arbeidsdagen 12 timer, og hun forteller at bruken av alkohol er det største rusproblemet. De sliter med at mange pensjonerer seg tidlig på grunn av misbruk av alkohol, enkelte pensjonerer seg i en alder av 50 år. Hun ønsker å redusere arbeidstiden men det er ikke mulig på grunn av mangelen på ressurser.

I følge Arbeidsmiljøloven (heretter AML) skal det være 11 timer sammenhengende arbeidsfri timer mellom vakter, jf. AML §10-8, første ledd. Leder 5 forteller at de ønsker at de ansatte skal ha 12 timer fri etter endt vakt, men at det er vanskelig på grunn av manglende ressurser. Arbeidsmiljøloven gir adgang til at arbeidsgiver og tillitvalgte sammen kan bli enig om at hviletiden kan reduseres til 8 timer mellom hver vakt jf. AML §10-8, tredje ledd. Dette var ikke noe lederne poengterte under intervjuene, og vi har antakelser om at de ansatte ikke har en avgjørende stemme på arbeidstidens lengde. Denne antakelsen kommer av at sykepleier 2 og 4 forteller at de har jobbet doblevakter på grunn av feil i turnusordningen eller ved sykdom. Med utgangspunkt i at sykehuset er aktivt 24-timer i døgnet kan det være vanskelig å si nei når slike hendelser oppstår. Det er enkelte ansatte som har 12 timers vakter, og selvom de har krav på 8-11 timer hviletid er ikke det alltid mulig på grunn av sykehusets mangler på ressurser. En publikasjon utgitt av FAFO i 2011 tar for seg helsemessige konsekvenser av arbeidstidsordninger i helsesektoren, og understreker at depresjon, angst,

tretthet og forvirring er konsekvenser knyttet opp mot turnusarbeid (FAFO). Sykepleier 4 har valgt å takke nei til doblevakter på grunn av at hun har blitt utbrent av dette tidligere, hun sier at hennes leder aksepterer det.

Sykepleierne forteller om tidspress for å bli ferdig med alle arbeidsoppgavene før arbeidstiden er over. I følge Arbeidstilsynet så kan tidspress føre til svekket hensyn til helse, miljø og sikkerhet. Tidspress kan merkes både fysisk og psykisk for en ansatt (Arbeidstilsynet). Vi får inntrykk av at sykepleierne oppfatter dette tidspresset som mer negativt enn positivt. De fortelle at tidspresset fører til overtid. Alle sykepleierne forteller at de jobber 30-90 minutter overtid i enkelte tilfeller. Overtid menes i arbeidsmiljølovens forstand arbeid som strekker seg ut over lovens grenser for alminnelig arbeidstid (Ørjasæther, Kravik og Stang 2015, 58). Sykepleierne forteller at de ikke skriver opp når de har lengre arbeidsdager eller overtid, men i følge arbeidsmiljøloven skal ansatte ha betalt og et tillegg på 40% for overtid, jf. AML §10-6, ellefte ledd. Det kan tyde på at de ansatte ikke noterer overtid fordi de får dårlig samvittighet fordi det er i følge leder er et resultat av dårlig organisering av sykepleierne når de ikke har rukket å bli ferdige med oppgavene sine. Sykepleier 1 forteller at hennes leder forventer at de ansatte skal bli på jobb til oppgavene er fullført. I følge Ørjasæther, Kravik og Stang 2015 er helsesektoren en “versting” når det gjelder brudd på arbeidstidsbestemmelser, men de bruker Adecco-skandalen i 2011 som eksempel, hvor det var brudd på regelen om å jobbe to søndager etter hverandre (Ørjasæther, Kravik og Stang 2015, 54). Dette er ikke noe sykepleierne påpeker direkte men når sykepleierne må jobbe overtid og doblevakter på grunn av dårlig planlegging av ledelsen så kan det være et brudd på arbeidstidsbestemmelsene.

Sykehus X sin rusmiddelpolitikk sier at alle ansatte skal stille upåvirket i arbeidstiden, men sier ingenting om varighet på arbeidsdagen eller om turnusordninger. Det er noe vi stiller spørsmålstegn til når leder 5 forteller at det lange arbeidsdager og misbruk av alkohol er et stort problem i hennes avdeling, og en sykepleier forteller at hun har brukt sovemedisiner mellom vakter i turnusen. Det står ingen generelle retningslinjer om arbeidstid i AKAN-avtalen, det står kun at de ønsker et rusfritt arbeidsmiljø. To informanter bekrefter at arbeidstid er en faktor for bruk av rus, og som Schluter 2012 konkluderte med at arbeidstiden bør justeres for å beskytte sine ansatte (Sagvaag og Sikveland 2014, 40).

Som i de to tilfelle kan være tiltak for å redusere arbeidstiden eller foreta en endring i turnusordningen.

8.4 Stress

Sykepleierne forteller om ulike oppfatninger av stress, men felles for dem alle var høyt tidspress og krevende arbeidsbelastning. Sykepleier 1, 2 og 4 snakker om hektiske hverdager hvor de føler de ikke strekker til og må prioritere enkelte oppgaver fremfor andre. Sykepleier 2 og 3 snakker om at "hierarkiet" på arbeidsplassen er en av de mest stressende faktorene i hverdagen. Det kan være stressende med en følelse av konstant evaluering og uklare beskjeder fra kollegaer. Informasjonen kan tolkes som om informantene opplever lite mestringsfølelse i en stressende hverdag på jobb. Krevende faktorer som informantene forteller om kan medføre stressreaksjon, og minker deres mestringsfølelse til å håndtere dem (Arbeidstilsynet).

Arbeidsrelatert stress forårsakes ikke kun av den enkelte ansatte, men det kan komme av problemer på organisasjonsnivå. Problemene kan oppstå av dårlig utformede arbeidsoppgaver og organisering, slik som sykepleier 1, 2 og 4 tidligere har fortalt om ved uklare beskjeder og mange arbeidsoppgaver som skal håndteres i løpet av arbeidsdagen. I følge Arbeidstilsynet kan kjennetegn på dårlig organisering være for stor arbeidsbelastning, korte tidsfrister eller mangel på hensyn til arbeidstakerens rolle (Arbeidstilsynet) (Helsenorge). Det kan antas at lederen ikke tar hensyn til sine ansatte når de ikke formidler klare beskjeder om arbeidsoppgavene, det kan føre til forsinkelser.

Sykepleier 2 og 3 snakket om et "hierarki" på arbeidsplassen. I følge Arbeidstilsynet kan arbeidsrelatert stress oppstå av en usunn sosial kontekst som samarbeidsproblemer, kommunikasjonsproblemer, lav motivasjon for arbeidet, økt turnover og sykefravær (Arbeidstilsynet).

"Hierarkiet er den største stressfaktoren i min hverdag, jeg føler jeg blir evaluert til enhver tid."

Sykepleier 3

På en side kan det være viktig å ha en meningsfull arbeidsdag hvor man får utdelt passe mengde krav og utfordringer i arbeidet, og mulighet for medvirkning og selvstyring. Det kan bidra til positivt stress hvor en ansatt får følelsen av å mestre tilværelsene og en bedre livskvalitet. I følge Helse Norge kan positivt stress forekomme når en person er i en aktivitet hvor kravene fra omgivelsene samsvarer med den ansattes ferdigheter og kompetanse (Helse Norge). Slik som sykepleier 1, 2 og 4 forteller, vil vi anta at de får økt negativt stress ved å ha dårlig organisering på arbeidsoppgaver og får heller positivt stress ved god organisering.

Utfallet av negativt stress over tid kan forsterke fysiske problemer som depresjon, økt angst, utbrenthet og problemer med søvn og sult. Det samsvarer med hva informant 1 forteller; at stresset fører til mangel på mat og drikke på grunn av tidspress. Det har blitt diskutert i tidligere forskning at illegale rusmidler har blitt benyttet før arbeidstiden for å redusere følelsen av stress (Sagvaag og Sikveland 2014, 39). Det har også blitt fremvist i en studie fra Folkehelseinstituttet (1972-2000), hvor stress og tidspress over lengre tid fører til psykiske plager, som kan sammenlignes med sykepleiernes beskrivelse av hektiske hverdager som ikke strekker til og hvor de føler de må prioritere enkelte oppgaver fremfor andre (Fhi). Å arbeide i helsevesenet er i seg selv en krevende arbeidssituasjon for mange, spesielt når arbeidsplassen er et større sykehus slik som det er for våre informanter. Sykepleierne forteller at deres hverdag består i å ivareta andres liv og helse, og til en hver tid være foreberedt til uforutsette hendelser. Dermed er det kritisk at de ansatte presterer 100% til enhver tid, som leder 7 forteller.

Lederne forteller at stress er en avgjørende faktor i deres avdelinger, og at det har vært årsaker til rusmisbruk blant deres ansatte. Sykepleierne forteller ikke om bruk av rus-relatert til stress. Sykehus X sin rusmiddelpolitikk omtaler ikke håndtering eller retningslinjer relatert til stress. I deres AKAN-avtale defineres heller ikke ulike faktorer som øker risikoen for rusmisbruk, stress omtales heller ikke her.

8.5 Utbrenthet

Sykepleier 1, 2 og 4 har hatt erfaring med utbrenthet. De forteller at det har gått utover privatliv og livskvalitet. Roness og Matthiesen 2002 sine indikatorer på utbrenthet samsvarer med sykepleiernes beskrivelse av utbrenthet. For stor arbeidsbelastning, tidsrammer, svak

innflytelse, egen-kontroll, manglende verdsetting og anerkjennelse kan føre til en følelser av utmattelse, hjelpeløshet og svekket selvrespekt (Roness og Matthiesen 2002, 321). Som sykepleier 3 forteller, hennes kollega ble aldri helt det samme etter hendelsen.

” Hun ble stille og nedstemt. Hun forklarte hendelsen som en psykisk smell som var bygget opp over tid, og det til slutt rant over.”

Sykepleier 3.

Som tidligere nevnt forteller lederne at stress er en avgjørende faktor i deres rus-relaterte saker, og negativt stress over tid kan føre til utbrenthet (Helsenorge). Ved å ta utgangspunkt i sykepleier 1, 2 og 4 har følelsen av utbrenthet vært et problem. Utbrenthet kan bidra til emosjonell utmattelse, og det viser seg at dette ofte inntreffer i yrker hvor man jobber med mennesker, som i helsevesenet (Roness og Matthiesen 2002, 322). Utbrenthet kan resultere i misbruk av rusmidler for holde ut krevende situasjoner (Legehåndboka). Sykepleierne forteller at de selv og deres kolleger har opplevd å føle seg nedstemte, til tider mistet motivasjonen for arbeidet og tar dette med seg hjem fra arbeidsplassen.

På en side forteller leder 6 at det er viktig å gå inn å hjelpe sine ansatte så tidlig som mulig for å forhindre depresjon, og starten på et rusmisbruk. Med utgangspunkt i hva sykepleier 3 forteller om hennes kollega, ble det ikke tilbudt noen form for hjelp av deres leder. Sykepleier 4 forteller hun tidligere har blitt utbrent av vanskelige arbeidsdager; hvor hun tar hendelsene med seg hjem fra arbeidsplassen. Det er en pågående diskusjon om hvor robust vår tåleevne er, og om den i enkelte yrker blir presset mot bristepunktet. Vi er i et samfunn som konstant er i endring (Nordhaug 2002, 267) og i likhet med endring øker kravene til vår mestringsevne, læreevne og problemløsning i følge Roness og Matthiesen 2002 (Roness og Matthiesen 2002, 321).

Roness og Matthiesen 2002 og Cordes & Dougherty 1993 skriver at utbrenthet er knyttet til intensitet i et arbeid og graden av kontakt med mennesker. Som alle sykepleierne forteller er deres arbeid både fysisk krevende og det kreves mye energi av dem. Leder 7 forteller at de forventer 100% prestasjon av sine ansatte til enhver tid.

Ingen av sykepleiere referer direkte til rusmisbruk når de forteller om deres opplevelse av utbrenthet i hverdagen, men de omtaler det som et krevende problem. Ledere omtaler ikke utbrenthet som en avgjørende faktor i deres saker ved rusmisbruk blant ansatte. Sykehus X sin rusmiddelpolitikk omtaler ikke håndtering eller retningslinjer relatert til utbrenthet. I deres AKAN-arbeid defineres heller ikke ulike faktorer som øker risikoen for rusmisbruk, utbrenthet omtales heller ikke her.

8.6 Andre funn

Det kom frem nye faktorer i forholdet mellom rus og ledelse på arbeidsplassen når intervjuene ble foretatt. Dette var funn vi ikke var klar over, og det blir vanskelig å forklare de nye funnene i litteraturgjennomgangen. Vi kommer til å presentere ny teori i denne delen av analysen for å forklare faktorene. Når vi benyttet oss av en semi-strukturert intervjuguide bidro oppfølgings spørsmål til de nye funnene.

8.6.1 Kommunikasjon

Det kommer frem i intervjuene at kommunikasjonen fra leder til ansatte om rusmiddelpolitikken ikke er til stede. Jacob og Thorsvik 2013 beskriver kommunikasjon som at mennesker deler informasjon, assosiasjoner, ideer, holdninger og følelser som påvirker hvordan et fenomen blir oppfattet og tolket (Jacobsen og Thorsvik 2013, 280).

“Vi har ikke hatt tid til å informere om den nye rusmiddelpolitikken i avdelingene.”

Leder 7

Med utgangspunkt i hvordan Jacobsen og Thorsvik beskriver kommunikasjon er det forståelig at sykepleierne ikke forstår eller hadde kjennskap til rusmiddelpolitikken til Sykehus X. Lederne forteller at de ikke har hatt tid til å informere om den nye rusmiddelpolitikken i avdelingene. Hvordan kan de da forvente at de ansatte skal følge den? Forbedret kommunikasjon kan i dette tilfelle være et verktøy i arbeidet mot rusmisbruk på arbeidsplassen. De forteller at de ønsker å minke rusmisbrukere på arbeidsplassen fra 3-4% ned til 0,5%, og dette kan være en utfordring når kommunikasjonen om rusmiddelpolitikken er dårlig. Ingen av informantene hadde hørt om AKAN, verken på arbeidsplassen eller generelt. Utfallet av dårlige kommunikasjon med utgangspunktet i hva sykepleierne forteller

er at de ikke vet hvordan de skal håndtere en situasjon hvor en kollega var påvirket av rus. Sykepleier 2 forteller at hennes leder bare forventer at de skal ha den rette kunnskapen om fenomenet. I følge Gulleys og Leather mangler alt for mange ledere grunnleggende ferdigheter i å uttrykke seg klart. Uklar tale kan skape misforståelser og uklarheter hos de ansatte (Bang og Midelfart 2012, 140). Sykepleier 3 prøvde å finne informasjon om rusmiddelpolitikken på arbeidsplassen, men fant ingen informasjon. Alle sykepleierne ønsker mer informasjon om rusmiddelpolitikken og opplæring i håndtering av situasjoner relatert til rus. Vi har antakelser om at usikkerhet rundt fenomenet kan føre til at man velger å overse situasjoner, for eksempel hvis en kollega åpenbart er påvirket av noe.

Det kan virke som kommunikasjon ikke er noe ledelsen har valgt å prioritere, men sykepleierne tror at ved større fokus og formidling av rusmiddelpolitikken vil for eksempel bakrus i arbeidstiden blir tatt mer seriøst. For at en ansatt skal opptre slik som leder ønsker må det formidles på en klar måte (Ørjasæther, Kravik og Stang 2015, 117). Å bare forvente at dine ansatte kan rutinen og regler om rusmiddelpolitikken er svært dårlig kommunikasjon. Sykepleierne ønsker en mer effektiv kommunikasjon hvor de oppfatter budskapet slik som lederen hadde tenkt. I praksis vil dette si at leder kommuniserer budskapet ved å ha et møte eller samtale med de ansatte. Sendes denne informasjonen på mail til de ansatte kan dette forsvinne i mengden av annen informasjon (Jacobsen og Torsvik 2013, 282). Med tanke på at sykehuset har et AKAN samarbeid for å frembringe en rusfri arbeidsplass og redusere den tidligere nevnte prosenten kan det være lurt av ledelsen å gjennomføre et møte ansikt til ansikt.

Det har ikke blitt formidlet noen retningslinjer for hvordan ansatte skal håndtere rus på arbeidsplassen, det eneste de har blitt informert om er å informere om avvik på medisinerrommet. Arbeidsgiver har plikt til å sørge for at de ansatte ikke utsettes for uforsvarlig risiko eller for store belastninger i forbindelse med arbeidet. Arbeidsgiver har ansvar for arbeidsmiljø og sikkerhet på arbeidsplassen, jf. AML §1-1. Slik som vi tolker det kan mangel på kunnskap om rusmiddelhandtering og symptomer være en fare på arbeidsplassen for de ansatte. Hvis en ansatt åpenbart er ruspåvirket men kollegaene har ikke den rette kunnskapen om rusmisbruk eller håndtering av en slik situasjon, så kan misbrukes forverres og eventuelt sette pasienter i fare. Sykepleierne forteller at lederen deres aldri har

snakket om reglene i Helsepersonell-loven, og det virket som sykepleierne ikke har god nok kunnskap om loven. Det kan hende sykepleierne ikke har kjennskap til §17 som sier at de er pliktig til å melde fra om forhold som kan medføre fare for pasienter på arbeidsplassen, jf. HPL §17.

Rusmiddelpolitikken til Sykehus X omhandler kommunikasjon. Ledere på alle nivåer har et ansvar om å formidle om rusmiddelpolitikken og ansvarlighet i avdelingene, og skal være gode rollemodeller gjennom egen adferd. Det er ingen retningslinjer for hvordan dette skal formidles, det står kun at det skal formidles ut. Sykepleierne sier at de ikke har fått informasjon om rusmiddelpolitikken, AKAN eller opplæring om ulike rusmidler. Lederne sier at de ikke er sjokkert over dette.

8.6.2 Tilgjengelighet

Alle våre informanter forteller om deres rutiner i forhold til håndtering av medisiner og narkotiske stoffer. I følge vår informanter har alle avdelingene dobbelsignering på medisinrommet, og det er kun sykepleiere som skal ha tilgang til rommet med nøkkelkort og kode. Sykepleier 1 påpeker at det noen ganger oppstår avvik i forhold til dobbelsignering, men det blir aldri fulgt opp av leder. Sykehus X har registrert at 3-4% av de ansatte er påvirket av rus hver eneste dag. I følge Cialdini 2011 respekterer mennesker autoritet, men når lederen ikke inngår i den autoritære rollen på arbeidsplassen, kan det være fare for at den ansatte tar seg friheter (Cialdini 2011, 241). Lederne er enige i at en årsak til en så høy prosent er dårlig ledelse, i form av manglende tilstedeværelse i avdelingen og kommunikasjon om deres rusmiddelpolitikk. Vi antar med utgangspunkt i det sykepleiere og ledere forteller er at de ansatte kan se muligheter til tyveri når avvik ikke følges opp. Mangel på oppfølging av avvik kan gjøre tilgjengeligheten på medisinrommet større. Sykepleier 1 styrker våre antakelser når hun forteller at hun tidligere har reagert negativt på at helsepersonell har vært påvirket av annet enn alkohol når de har festet utenfor arbeidstiden. Hun antar at rusmidlene er tatt fra arbeidsplassen.

Sykepleier 2 forteller om en kritisk hendelse som oppstod i 2015, og hun antar at hendelsen kunne ha blitt forhindre hvis leder var flinkere på å følge opp avvik og påse at alle rutiner blir gjennomført. Tilgjengeligheten og mulighet for tyveri kan bli mindre dersom

arbeidsgiver tar ansvar for at det blir utarbeidet gode rutiner for legemiddelhåndtering (Helsetilsynet). Hendelsen kunne ha blitt forhindre hvis leder var flinkere til å følge opp avvik og være til stede, noe som sykepleier 2 sier seg enig i. Hun sier at alvorligheten rundt rus på arbeidsplassen antakeligvis vil øke hvis ledelsen er mer klar på deres rusmiddelpolitikk.

Kontroll av legemiddellageret og gode rutiner kan bidra til å avdekke tyveri (Helsetilsynet). Alle sykepleiere forteller at de har nøkkelkort og kodet for å få tilgang til medisinerrommet. En rapport fra helsetilsynet viser til en sak hvor en sykepleier ble fratatt sin autorisasjon etter at hun ble tatt i å stjele fra medisinerrommet ved flere anledninger. I denne hendelsen var det flere kontrolltiltak, som elektronisk nøkkelkort, men også leders raske handling ved mistanke, som gjorde at vedkommende ble tatt før situasjonene gikk ut av kontroll (Helsetilsynet). Lederne forteller at de sitter med en inntrykk av at deres ledere kvier seg med å handle når det oppstår mistanker om et rusmisbruk blant en ansatt. Kan det forekomme av mangel på kunnskap om sykehusets rusmiddelpolitikk og hvordan det skal håndteres? Mangel på kunnskap om hvordan man skal gjennomføre den vanskelige samtalen? Lederne forteller at tilgjengelighet er den største faktoren i deres rus-relaterte saker, hvor ansatte er påvirket av medikamenter som er skaffet til veie på arbeidsplassen. Sykepleierne henviser kun til avvik i medisinerrommet, men ikke at de selv har opplevd at en kollega er påvirket på noe annet enn alkohol. Leder 7 sier det handler om hvilken aksept det er i arbeidskulturen å benytte seg av medisinerrommet, desto større aksept desto større er tilgjengelighet. Leder 5 sa hun overhørte en ansatt si til en kollega at hun hadde benytte seg av medisiner fra medisinerrommet. Det var ingen reaksjon fra kollegaen og det ble ikke rapportert som et avvik. Leder forteller heller ikke at hun tok det opp med vedkommende.

“Jeg har tidligere reagert på oppførselen til helsepersonell i festsammenhenger, og har hatt antakelser om at de har vært påvirket på annet enn alkohol.”

Sykepleier 1

Som tidligere nevnt forteller sykepleier 1 om fester hun har vært på med sykepleiere fra andre avdelinger og sykehus. Statens Helsetilsyn viser til at tyveri av illegale legemidler forekommer ofte hos sykepleiere enn andre helsepersonellgrupper. De mener at

tilgjengeligheten på legemidlene kan være en medvirkende årsak (Sykepleien). Hun har antagelser om at sykepleierne har vært påvirket på annet enn alkohol, og at dette har blitt tatt fra arbeidsplassen. Tilgjengeligheten er med på at sykepleierne kan dekke egne behov ved å benytte seg av ledemidler fra arbeidsplassen (Sykepleien). Slik som leder 5 fortalte om når en ansatt hadde benyttet seg av medisinerrommet på en krevende vakt. Vi har antakelser om at dette ikke registreres eller feilregistreres av de ansatte for å ikke bli oppdaget, og det kan anses som en form for tyveri. En arbeidsgiver har ansvar til å utarbeide gode rutiner for legemiddelhåndtering, kontroll på legemiddellageret og regnskap for narkotikaskap i følge helsetilsynet, og vi oppfatter det slik som at leder 5 ikke oppretthold sitt ansvar som leder her.

Alle sykepleierne forteller at det har vært avvik på medisinerrommet, men de vet ikke grunnen til det. Det er kun sykepleier 2 som forteller om tyveri av rusmidler som er "tilgjengelig" på arbeidsplassen. Lederne forteller om flere saker hvor ansatte er misbrukere av sterke medikamenter fra arbeidsplassen. Sykehus X sin rusmiddelpolitikk omhandler ikke tilgjengeligheten på medisinerrommet. Det blir ikke omtalt om retningslinjer eller tiltak som kan iverksettes for å minske tilgjengeligheten, det er mer fokus på hvordan alkohol i arbeidstiden skal forhindres.

8.6.3 Ledelse

Vi har funnet andre faktorer som påvirker rusmiddelbruk på arbeidsplassen, og ut i fra våre funn er dårlig ledelse en stor årsak til at systemet svikter. Det vi mener med svikt ut i fra informasjon fra våre informanter er at hvis det hadde vært større fokus rundt sykehusets rusmiddelpolitikk så kan det minske sjansen for både tyveri og være påvirket på arbeidsplassen. Sykepleierne forteller at en rusmiddelpolitikk hadde blitt tatt mer seriøst hvis det var større kjennskap til den blant de ansatte, og at leder gikk frem som et godt forbilde. Innenfor litteratur har vi funnet en sammenfattende bok som referer til det meste som finnes på feltet, som er skrevet av Arnulf i 2012. Det er mange ulike definisjoner på ledelse, men i følge Arnulf 2012 har en leder som oppgave å skape resultater gjennom å hjelpe sine ansatte (Arnulf 2012, 15), men både sykepleierne og lederne forteller om ledere som tilbringer mer tid på kontoret enn ute i avdelingen. På en annen side for at en ledere skal kunne gå frem som et godt forbilde bør de ha den rette kunnskapen om rusmiddelpolitikken og rutiner rundt den. Sykepleier 2 forteller at hennes leder ikke visste hvordan hun skulle håndtere en krevende

situasjon på arbeidsplassen som omhandlet rus. Med utgangspunkt i hva informanten forteller kan det tenkes at situasjonen kunne ha blitt unngått hvis leder hadde mer kunnskap rundt fenomenet, eller fått bedre opplæring av HR-avdelingen. Vi har antakelser om at leder ikke visste hvordan hun skulle håndtere situasjonen på grunn av for lite kunnskap på område. Sykepleierne forteller at leder ikke har kommunisert hvordan man skal håndtere en situasjon ved mistanke om rusmiddelbruk, årsaken kan igjen være mangel på kunnskap hos leder.

Basert på funnene så kan det tyde på ledelsen ikke prioriterer området, og Arnulf 2012 påpeker at det kan fremstå som en illusjon av ledelse (Arnulf 2012, 80). Med utgangspunkt i hva lederne forteller, så har de en klar rusmiddelpolitikk men at den ikke har blitt kommunisert ut til de ansatte. Hvis det skulle stemmer er det ikke rart rusmiddelpolitikken i avdelingen ikke blir fulgt opp. Den type ledelse kan være farlig for de ansatte (Arnulf 2012, 80), og det kan være en årsak til at de ansatte velger å møte opp på jobb påvirket av alkohol. Det ble foretatt et eksperiment av Josef Meindl, han ønsket å fremvise at folk ikke kan se forskjell på god og dårlig ledelse, eller ledelse i det hele tatt under kriser (Arnulf 2012, 81). Ved å se det i sammenheng med situasjonene på sykepleier 2 sin avdeling, var det dårlig ledelse fra avdelingsleder og HR-avdeling pga mangel på kunnskap og opplæring. På en side gjorde avdelingsleder gode valg med å kontakte HR-avdeling fordi hun selv ikke visste hvordan det skulle håndteres, men på en annen side burde lederen forhindre at situasjonen oppstod gjennom bedre ledelse. HR-avdelingen gjorde en god jobb for å håndtere situasjonen, men igjen burde de ha gitt avdelingsleder den nødvendige opplæringen. I følge Arnulf 2012 er god ledelse en investering i seg selv for en organisasjon (Arnulf 2012, 15). Leder 5 og 6 er begge enig i at god ledelse er viktig når det er snakk om en rusmiddelpolitikk på arbeidsplassen, de mener det handler om hvor aktiv leder er på avdelingen. Aktiv i form at kommunikasjon om rusmiddelpolitikken og være en representant av den. Det kan øke sjansen for at de ansatte stoler på ledelsen når det gjelder problemer rundt mistanker om rus, og tørr å ta opp problemene med sine sjef. Ledelsen spiller en stor rolle for utfallet i en krisesituasjon, men spørsmålet er om utfallet er positivt eller negativt (Arnulf 2012, 81). Som relatert til hendelsen ovenfor måtte HR-avdelingen gå inn i krisesituasjonen, men utfallet ble både positivt og negativt. På en måte ble rutinene og kontrollen på medisinerrommet strengere, men de klarte likevel ikke å avklare saken.

Sykepleier 1 påpekte under intervjuene at det er svikt i systemet på medisinrommet, det oppstår avvik og dette følges ikke opp av lederne. Leder 6 forteller at hun selv overhørte ansatte snakke om å benytte seg av medisinrommet til personlig bruk, men nevnte ikke at hun tok det opp med vedkommende. HR-lederne forteller at de ønsker bedre ledelse i avdelingene og de er klar over hva som må gjøres bedre, hvorfor iverksettes ikke tiltak når de vet hva som må forbedres? De ansatte kan ha heroiske forventninger til sine ledere (Arnulf 2012, 82) og HR-lederne forteller at de forventer at lederne skal være aktive på avdelingene og tørre å ta de vanskelige samtalen. Sykepleierne forteller at de synes avdelingslederne burde håndtere rusmiddelpolitikken på en bedre måte og tydeliggjøre hva reglene er. Arnulf 2012 skriver at ansatte har en forestilling om at deres leder har sterke evner som handlekraft, mot og påvirkningsevne (Arnulf 2012, 82). 3 av 4 sykepleiere forteller at det er en tydelig drikkekultur på deres arbeidsplass og de tror at rusmiddelpolitikken ville blitt tatt mer seriøst av de ansatte ved at leder brukte sin handlekraft.

“Jeg mottok en mail fra en avdelingsleder som spurte om det var greit å servere “bobler” i lunsjen.”

Leder 6

Som tidligere nevnt kan sykehusets mørketall begrunnes i dårlig ledelse, altså ved at ledelsen er for lite aktivt involvert med sine ansatte. Enkelte ”gjemmer seg” på kontoret eller lar være å håndtere situasjoner som er krevende, for eksempel når leder 6 overhørte sine ansatte snakke om å benytte seg av medisinrommet til personlig bruk og mailen hun mottok om “bobler” i arbeidstiden. En slik atferd fra en leder kan defineres som destruktiv ledelse, ved å ikke håndtere en slik situasjon kan leder motarbeider bedriftens rusmiddelpolitikk (Arnulf 2012, 88). Et annet eksempel på at ledelsen kan motarbeide er når de ikke følger opp avvik fra medisinrommet som sykepleier 1 forteller. Det bryter med organisasjonens interesser å avvike fra en slik handling. Lederne er enige om at enkelte avdelingsledere “gjemmer” seg på kontoret. Vi antar at dette kan være en leders ønske om å oppfylle egne mål, som kan være å få unnagjort administrativt arbeid, og dermed slippe å håndtere andre saker som er vanskelig (Birkinshaw 2014, 38). I følge Birkinshaw så motarbeider ledere sine ansatte ved å ikke ha mot til å ta den vanskelige samtalen (Birkinshaw 2014, 38), hva om den ansatte som benyttet seg av medisinrommet har et rusmisbruk? I følge HPL §8 skal ikke helsepersonell være

påvirket i arbeidstiden, og i følge HPL §17 skal kolleger melde fra med mistanke om en påvirket tilstand blant ansatte. Som ansatt og leder for helsepersonell bør man se bort fra ubehaget ved en vanskelig samtale, og ta opp problemer med vedkommende. Sykehus X er i samarbeid med AKAN, og for at samarbeidet skal være nødvendig må ledere følge avtalen som handler om å arbeide for en rusfri arbeidsplass. Helsetilsynet sier at arbeidsgiver må ha kunnskap om rusmisbruk, og det er dermed kritisk at leder er aktiv på avdelingen (Helsetilsynet).

Rusmiddelpolitikken til sykehuset omhandler kun retningslinjer om hvordan ledelsen skal forhindre alkohol i arbeidstiden. Retningslinjer angående arrangement i regi av arbeidsplassen, vin-lotteri og gaver. Ingen alkohol skal gis til ansatte på sykehusets regning, og ingen premier skal være i form av alkohol. Dette er viktige aspekter i en rusmiddelpolitikk, men en stor svakhet er at det kun omhandler vage retningslinjer for ledere når det gjelder alkohol.

9.0 Behov for endring?

Med utgangspunkt i våre funn viser det seg at enkelte faktorer spille en større rolle i forholdet mellom rus og ledelse på arbeidsplassen. Faktorene som organisasjonskultur, arbeidstid, stress, ledelse, tilgjengelighet og kommunikasjon kan virke som de største årsakene til at rus forekommer på arbeidsplassen. Det kan tyde på to ulike oppfattelse mellom sykepleierne og lederne om utbrenthet er en årsak. Som tidligere nevnt i analysen går Sykehus X sin rusmiddelpolitikk så vidt inn på enkelte av faktorene, og det får oss til å undre hvorfor? Rusmiddelpolitikken er relativt ny, den ble publisert i 2016. Hvorfor har det ikke blitt utviklet en konkret rusmiddelpolitikk tidligere? Er det grunnen til deres mørketall? Sykepleierne forteller at de verken har hørt om en rusmiddelpolitikk eller samarbeidet med AKAN. Alle lederne var klar over at det har vært dårlig formidling av den nye politikken, dette synes vi er bemerkelsesverdig. Lederne begrunner det i at man må kjempe om rom og tid på sykehuset, og at det rett og slett ikke er tid til å informere om en rusmiddelpolitikk i deres hektiske hverdag. Kanskje det er en årsak til at rusmiddelpolitikken kun omhandler alkohol, fordi ledelsen ikke har tid til å utvikle en rusmiddelpolitikk som omhandler relevante årsaker til rusmisbruk og retningslinjer til håndtering. Når de har et mål om å redusere antall

rusmiddelsaker fra 3-4% til 0,5%, hvordan kan det ikke være rom eller tid til å håndtere problemet?

10.0 For videre forskning

Det er svakheter med våre resultater. Det faktum at vi kun har syv informanter er et begrenset empirisk utvalg. Undersøkelsen består av et lite utvalg, og det gjør at vi får problemer med overførbarhet og generalisering. Et større utvalg kan øke muligheten for overførbarhet, men på en annen side så begrenser ikke utvalget informantenes opplevelse. De fortalte om deres opplevelse av forholdet mellom rus og ledelse på arbeidsplassen. Utvalget av sykepleierne består av jenter i en alder fra 20 til 25, og vi får kun deres perspektiv om fenomenet. Det kan tenkes at resultatene hadde vært annerledes hvis det var variasjon i aldersgruppen. Vi benyttet oss av et kvalitativ dybdeintervju som innsamlingsmetode, og det gjør at vi kun kan ta utgangspunkt i det informantene forteller oss og deres opplevelse av fenomenet. Vi valgte et semi-strukturert intervju, noe som gjorde at informantene fikk ulike oppfølgingsspørsmål, og det resulterte i at enkelte informanter opplyste om et tema mer enn andre informanter. På grunn av at vi som forskere ikke har mye praktisk trening med intervju så kan mangel på teknikk og ferdigheter svekke våre funn. For videre forskning kan observasjon benyttes som metode med intervju, for å undersøke om det informantene forteller samsvarer med deres handlinger og adferd.

11.0 Konklusjon

I denne oppgaven kom det frem at arbeidskultur, arbeidstid, stress, utbrenthet, kommunikasjon, ledelse og tilgjengelighet er relevante faktorer i forholdet mellom rus og arbeidsplassen, men i ulik grad. Det kom frem at rusmiddelpolitikken til Sykehus X ble publisert i 2016, og inneholder få eller ingen aspekter rundt de nevnte faktorene.

Vi startet vår undersøkelse med generelle teoretiske antakelser som arbeidskultur, arbeidstid stress og utbrenthet, men vi gikk inn med et åpent sinn om andre årsaker til rusmiddelbruk på arbeidsplassen. Intervjuene både styrket og svekket våre antakelser. Det kom frem andre faktorer som vi ikke var klar over når vi benyttet oss av en semi-strukturert intervjuguide med oppfølgingsspørsmål. Faktorer som kommunikasjon, ledelse og tilgjengelighet som kan være årsak til rusmiddelbruk på arbeidsplassen.

Vi undersøkte hvordan lederne håndterte faktorene på arbeidsplassen, og så det i henhold til innholdet i rusmiddelpolitikken deres. Sykehus X sin rusmiddelpolitikk omhandler kun servering av alkohol til ansatte, men er innom faktorene arbeidstid og arbeidskultur. Det er svært lite fokus eller ingen fokus på de andre faktorene, og det får oss til å undre.

Med utgangspunkt i våre funn kom det frem at rusmiddelpolitikken ikke er formidlet ut i avdelingene på Sykehus X.

“Hvordan håndterer lederne rusmiddelpolitikk på arbeidsplassen?”

Konklusjonen er at lederne håndterer rusmiddelpolitikken på et viss nivå. De har utviklet en rusmiddelpolitikk som handler om servering av alkohol til ansatte, men den sier ikke noe om andre rusmidler eller andre relevante faktorer i forholdet mellom rus og arbeidsplassen.

Rusmiddelpolitikken er formidlet ut til avdelingslederne, men ikke til de ansatte i avdelingene. En av årsakene som vi avdekket er at det ikke er tid eller rom i deres hektiske hverdag til å informere eller gi opplæring i rusmiddelpolitikken, dette gjelder både for ansatte og enkelte avdelingsledere.

12.0 Litteraturliste

Abbott, Cynthia A. 1987. *The Impaired nurse*. AORN Journal, Vol:46 nr.5. Lesedato: 20.April.2016: [http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092\(07\)67409-2/abstract](http://www.aornjournal.org/article/S0001-2092(07)67409-2/abstract)

Akan, Medikamentmisbruk. Lesedato. 10.Mars.2016
<http://akan.no/prosjekter/prosjekt-om-helsepersonell-og-medikamentmisbruk/>)

Akan, Om kompetansesenteret. Lesedato. 24.Februar.2016
<http://akan.no/om-oss/om-kompetansesenteret/>

Amodeo, Maryann. 1999. *“Social work approaches to alcohol and other drugs problems: case studies and teaching tools”*. Michigan: Council on Social Work Education.

Arbeidsmiljøloven. 2005. Lov om arbeidsmiljø, arbeidsmiljø og arbeidsvern mv. Arbeids- og sosialdepartementet. Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=aml>

Arbeidstilsynet, Overtid. Lesedato. 15.April.2016
<http://www.arbeidstilsynet.no/arbeidervernartikkel.html?tid=89673>

Arbeidstilsynet, Stress på arbeidsplassen. Lesedato. 04.Mai.2016
<http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78247>

Arbeidstilsynet, Stress på jobb. Lesedato. 02.Mai.2016
<http://www.arbeidstilsynet.no/nyhet.html?tid=232861>

Arnulf, Jan Ketil. 2015. *“Hva er ledelse”*. Oslo: Universitetsforlage

Bang, Henning. 2011. *“Organisasjonskultur”*. 4 utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Bang, Henning og Thomas Nettet Midelfart. 2012. *“Effektive ledergrupper”*. 1 utg. Oslo: Univeristetsforlaget.

Befring, Edvard. 2010. “*Forskningsmetode: med etikk og statistikk*”. 2 utg, 2 oppl. Fagernes: Det Norske forlaget.

Birkinshaw, Julian. 2014. “*Bli en bedre sjef: hvorfor god ledelse er så vanskelig*”. 1 utg. Oslo: Cappelen Damm AS

Brudevold, Anne. 2008. “*Stress og det lille øyeblikks avspenning*”. Oslo: Noras Ark AS

Cialdini, Robert B. 2011. “*Påvirkning: teori og praksis*”. 2. utg. Oslo: Abstrakt forlag

Cordes, Cynthia L, og Thomas M, Dougherty. 1993. *A review and an integration of research on job burnout*. Academy of Management Review. Vol. 18, No. 4, 621-656.

Lesedato. 09.Mai.2016: <ftp://www.elet.polimi.it/outgoing/Marcello.Restelli/258593.pdf>

Fekjær, Hans Olav. 2009. “*Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*”. 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

FHI, Amfetamin. Lesedato. 28.April.2016

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25_6397&MainContent_6263=6464:0:25_6414&List_6212=6218:0:25_6415:1:0:0:0:0

FHI, Cannabis. Lesedato. 27.April.2016

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25_6397&MainContent_6263=6464:0:25_6414&List_6212=6218:0:25_6418:1:0:0:0:0

FHI, Tidspress og psykisk helse. Lesedato. 03.Mars.2016

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25_6336&MainContent_6263=6496:0:25_6348&Content_6496=6178:68737:25_6348:0:6562:87:0:0

Forskning, Stress. Lesedato. 02.Mai.2016

<http://forskning.no/2014/11/hvorfor-kan-stress-gjore-oss-syke>

Gripsrud, Geir, Ulf Henning Olsson og Ragnhild Silkoset. 2011. “*Metode og dataanalyse: Beslutningsstøtte for bedrifter ved bruk av JMP*”. 2 utg, 2 oppl. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Grønhaug, Kjell, Odd H. Hellesøy og Geir Kaufmann. 2001. “*Ledelse i teori og praksis*”. Bergen: Fagbokforlaget

Hauvik, Stine. 2014. “Sykepleiere, turnus og livskvalitet - En studie om påvirkning og mestring”. Masteroppgave. NTNU.

Helsenorge, Kvalitetsindikatorer. Lesedato.24.April.2016

<https://helsenorge.no/kvalitetsindikatorer>

Helsenorge, Kvalitet på behandlinger. Lesedato. 24.April.2016

<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

Helsenorge, Stress på jobb. Lesedato. 04.Mai.2016

<https://helsenorge.no/psykisk-helse/psykisk-helse-og-jobb/stress-pa-jobb>

Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. Helse- og omsorgsdepartementet.

Lesedato: 7.Mars.2016. Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsetilsynet, Helsepersonell med rusproblemer. Lesedato. 11.Mars.2016

<https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Hendelsesbasert-tilsyn/Raad-til-arbeidsgiver-hvordan-avdekke-foelge-opp-svikt-helsepersonell/Helsepersonell-med-rusproblemer/#forebyggerusmisbruk>

Helsetilsynet, Tap av autorisasjon. Lesedato. 15.04.2016

[https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Tap-av-autorisasjon-Sykepleier-r-
usmiddelmissbruk-tyveri-legemidler/](https://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynssaker/Tap-av-autorisasjon-Sykepleier-r-
usmiddelmissbruk-tyveri-legemidler/)

Jacobsen, Dag Ingvar. 2015. “*Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*”. 3. utg. Kristiansand: Høyskoleforlag

Jacobsen, Dag Ingvar og Jan Torsvik. 2013. “*Hvordan organisasjoner fungerer*”. 4 utg. Bergen: Fagbokforlaget

Jughdharree, Jessi. 2015. “Kvinner og sykefravær i helse- og omsorgssektoren”. Bacheloroppgave, Høyskolen Kristiania Oslo.

Johannessen, Asbjørn., Per Arne Tufte og Line Kristoffersen. 2009” *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*”. 3 utg. Oslo, Abstrakt forlag

Johannesen, Asbjørn, Per Arne Tufte og Line Christoffersen. 2011. “*Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*”. 4. utg, 2 oppl. Oslo: Abstrakt forlag

Kleiven, Magnar. 2007. “*Tåler vi turnus? Erfaringer og anbefalinger om turnus og helse*”. Oslo: Norsk Sykepleierforbund

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2010. “*Det kvalitative forskningsintervju*”. 2 utg, 2 oppl. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Legehåndboka, utmattelse. Lesedato. 09.Mars.2016

<http://amv.legehandboka.no/forebygging/psykososiale-organisatoriske-forhold/utbrent-hetssyndrom-5639.html>

Mansåker, Mette, Magnar Mosdal og Ingvild Sperrevik. 2012. “Rus og Industrisamfunn”. Masteroppgave ved institusjon for pedagogik, psykologi og idrettsvitenskap. Linneuniversitetet i Växjö.

McCann, Mike, Nadine Harker Burnhams, Christopher Albertyn og Urmilla Bhoola. 2011. "Alcohol, drugs & employment". 2 utg. Claremont: Print Communications

Moen, Svein Erik, Ketil Bråthen og Leif E. Moland. 2011. "Sosiale og helsemessige konsekvenser i arbeidstidsordninger i helse-, pleie- og omsorgssektoren". FAFO rapport. Lesedato. 29.April.2016.

http://www.fafo.no/media/com_netsukii/10132.pdf

Nordal, Aud. 2006. "Falne engler -fanges de opp?".

Spesialoppgave ved senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo.

Nordhaug, Odd. 2002. "*LMR: målrettet personal- og kompetanseledelse*". Oslo: Universitetsforlaget.

Personopplysningsloven. 2000. Lov om behandling av personopplysninger. Justis- og beredskapsdepartementet. Lesedato: 5.Mars.2016. Lovdata:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysningsloven>

Psykologtidsskriftet, Skiftarbeid og søvn. Lesedato. 11.Mars.2016

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=15837&a=3

Roness, Atle og Stig Berge Matthiesen. 2002. "*Krevende jobber - gode liv?*". Oslo: Fagbokforlaget.

Sagvaag, Hildegunn og Bente Sikveland. 2014. "*Alkohol +Arbeidsliv =sant?: en vitenskapelig antologi*". 1 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Schein, Edgar Henry. 1985. "*Organizational culture and leadership*". San Francisco: Jossey-Bass

Sirus, Alkohol. Lesedato. 22. April.2016

<http://www.sirus.no/publikasjon/rusmidler-i-norge/2-alkohol/>

Sirus, Narkotika. Lesedato. 28.April.2016

<http://www.sirus.no/publikasjon/rusmidler-i-norge/5-narkotika/>

Sirus, Vanedannende legemidler. Lesedato. 27.April.2016

<http://www.sirus.no/publikasjon/rusmidler-i-norge/4-vanedannende-legemidler/#toc2>

Store Medisinske Leksikon. 2016. «Opiater». Lesedato. 21.April.2016

<https://sml.snl.no/opiater>

Store Norske Leksikon.2016. «Alkohol». Lesedato. 04.Mai.2016

<https://snl.no/alkohol>

Store Norske Leksikon. 2016. «Rusmidler». Lesedato. 04.Mai.2016

<https://snl.no/rusmidler>

Sykepleien, sykepleiere som misbruker legemidler. Lesedato: 31.Mars.2016

<https://sykepleien.no/forskning/2013/11/nar-sykepleiere-misbruker-legemidler>

Tidsskriftet, Leger med rusmiddelmissbruk. Lesedato. 04.Mai.2016

<http://tidsskriftet.no/article/1001406/>

Tidsskriftet, Utbrenthet. Lesedato: 7.Mars.2016

<http://tidsskriftet.no/article/439>

Tv3play, Norge på dop. Episode 3. Publisert. 29.September.2015.

<http://www.tv3play.no/programmer/norge-pa-dop/659258?autostart=true>

Ørjasæter, Elin, Birgitte Stenberg Kravik og Trond Stang. 2015.” *Arbeidsrett for ledere. Ansettelse, oppfølging, endring*”. Bergen: Fagbokforlaget

Vedlegg 1: Samtykkeskjema

Samtykke erklæring Undersøkelse i prosjektet

Jeg har lest igjennom informasjonsskrivet og samtykker i å delta i undersøkelsen.

Jeg er kjent med at informasjonen skal brukes i en bacheloroppgave og rapport over prosjektet.

Jeg er kjent med at informasjonen anonymiseres og slettes etter bruk.

Jeg er kjent med at deltakelse er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg fra deltakelse og få slettet de opplysninger som er registrert om

Dato og sted:

Navn på informant:

Telefonnummer:

Makuleres senest dato 25.05.18

Vedlegg 2: Intervjuguide

Innledning:

- Presentasjon om oppgaven
- Informerte om samtykkeskjema og anonymitet.

1. Hvilken stilling har du?
2. Hvor lenge har du jobbet i stillingen din?
3. Fortell litt om det å være sykepleier
4. Fortell om noe positivt og negativt ved å være sykepleier
5. Fortell om arbeidskulturen på arbeidsplassen
6. Fortell om samholdet i gruppen
7. Hvordan er dere sosiale sammen?
 - > Fortell om det siste arrangementet, var det kun for avdeling eller felles for hele sykehuset? Hvem deltok og ikke deltok?
 - Hvem drakk og ikke drakk?
 - Tror du andre rusmidler blir benyttet i sosiale sammenhenger og hvorfor?
 - > Har dere julebord, sommerfest, lønningspils, fredagspils eller vin-lotteri?
 - Fortell om de ulike aktivitetene.
8. Er det rom for å være fyllesjuk på arbeidsplassen?
 - > Hvordan reagerer du og andre på det? Hvordan er rus sosialt akseptert i gruppen?
9. Hvilket kjønn er mest dominerende på din arbeidsplass, og gjelder det for hele sykehuset? Er begge kjønn sosiale sammen?

10. Fortell om en gang din leder var med på sosiale arrangementer med dere, hvordan oppførte leder seg ovenfor de ansatte?
11. Fortell om en gang din leder informerte om toleranse i forhold til rus og alkohol?
-> Når og hvor ble dette tatt opp? Hva informerte din leder om?
12. Vet du hva deres rusmiddelpolitikk omhandler, og hva har leder informert om?
-> hvor ofte blir rusmiddelpolitikken omtalt på arbeidsplassen?
13. Hvordan opplever du at leder etterlever rusmiddelpolitikken?
14. Har leder informert om konsekvenser av bakrus og påvirkning? Har leder tatt opp helsepersonelloven med dere?
15. Hvilke tiltak har du opplevd at ledelsen har gjort for å forhindre rus på arbeidsplassen?
16. Fortell om hvordan lederen har lært dere hvordan dere selv skal håndtere rus på arbeidsplassen?
17. Hva gjør du hvis du opplever at en kollega er påvirket? Hvem kontakter du og hvem kontakter du ikke?
18. Hvor går din personlige grense før du kontakter en leder om en påvirket kollega?
19. Synes du selv det er viktig at rusmiddelpolitikk omtales om på arbeidsplassen, og hvorfor?
20. Har du selv sett rusmiddelpolitikken, og hvor?
21. Fortell om en gang du eller en kollega måtte foreta en urin/blodprøve.

22. Kan du fortelle om stressfaktorer på arbeidsplassen og hvordan det påvirket deg?
23. Fortell om en gang du eller en kollega følte dere utbrente av arbeidet, hva gjorde du eller din leder for å håndtere det?
24. Hvor ofte jobber du overtid og hva synes din leder om bruk av overtid?
->Oppfordrer leder til dette eller ikke? Hvor lang er en vanlig arbeidsdag?
25. Hva er den lengste vekten du har hatt, og hvor ofte skjer dette?

Vedlegg 3: Transkribert Intervju

(andre transkriberte intervju er tilgjengelige og kan ettersendes ved forespørsel)

Stilling: Sykepleier siden mai 2015 på Sykehus X.

Jeg hjelper mennesker i vanskelige situasjoner, og det er veldig givende. Det kan også være utfordrende, fordi man tar med seg sorgene hjem. Jeg blir både psykisk og fysisk sliten av arbeidet, som gjør at jeg er svært sliten etter jobb. Jeg mottar mye positivt/negativt fra pasientene, de forteller mye om seg selv. Jeg har utviklet et forsvar for å ikke bli for påvirket. Det er mye variert arbeid, alle dager er ulike. Jeg er alltid i læring, møter nye mennesker og utfordringer.

Arbeidskultur

Vi arbeider i selvstendige team hver dag, som består av ulike leger og sykepleiere. Vi har egne pasienter som vi tar oss av, vi hjelper og avlaster hverandre i tunge saker og kan snakke om alt. Arbeidsmiljøet er veldig godt. Vi pleier å ha julebord, vi hadde vårt julebord i januar og for første gang ble legene med i år. Mange møtte opp, kun ansatte fra avdelingen og alle lederne. De fleste drakk, men det var enkelte som ikke drakk. Det er ikke drikkepress. Noen lot være å drikke fordi de skulle jobbe dagen etterpå, eller var gravide. Det var ikke åpen bar i år på grunn av nye retningslinjer, vi måtte ha med alkohol selv. Det oppstod ingen situasjon hvor folk ble så fulle at lederne måtte gripe inn, men det skjedde en situasjon som mange reagerte på. De fleste holdt seg i skinnet. Det ble en stor snakkis om hendelsen på arbeidstiden i etterkant. Vi hadde vin-lotteri hver fredag, men måtte slutte med det på grunn av nye retningslinjer. Vi pleier å dra ut på lønningspils og spille shufflebord. Lederne pleier å bli med oss ansatte i blant, men det er de ansatte som planlegger det. Vi har en egen sosial komite som jeg er medlem av. Det er mest kvinner på avdelingen, men guttene pleier å være med på aktiviteter vi arrangerer. Leder er som regel til stede i avdelingen, hun deltar på morgenmøter og spiser lunsj med de ansatte. Det hender ansatte kommer fyllesyk på jobb, og dette er jeg selv negativ til. Jeg drar i prinsipp aldri ut før jeg skal på jobb. De er ikke noe skille på hvilken aldersgruppe som er fyllesyk, og det blir snakkis om det på jobb. Vi har en åpen kultur og snakker om alt. Det både ja og nei akseptert i gruppen å være fyllesyk, så lenge det ikke er gjentagende ofte. Det blir mer snakk om det enn at noen sier ifra til vedkommende, hun har i allefall ikke opplevd det.

Ledelse

Leder har ikke informert om en rusmiddelpolitikk eller retningslinjer i henhold til rusmiddelbruk på arbeidsplassen, det kan virke som hun antar at vi skal ha lært det på skolen. Leder har heller ikke informert om helsepersonell-loven, angående promille og tid. Jeg tror kanskje jeg har hørt noe om det under lunsjen en gang, men kan ikke gjenfortelle hva det var. Jeg har kun lært om helsepersonelloven på skolen.

Faktorer som bidrar til bruk av rus

Jeg blir veldig stresset over at legene forsinker oss i teamet. Det er mange uklare meldinger fra dem og sykepleierne, og det går utover pasientene når vi ikke får gjort jobben vår. Det er mye rot fra legene sin side, og de klarer ikke å organisere seg og bli samkjørte. De gjør ting på hver sin måte og det skaper kaos.

Jeg føler ikke at tiden strekker til å jobb, og det gjør at jeg må jobbe overtid i blant. Det blir som regel 30 minutter over tiden. Legene har mye lengre arbeidsdag enn sykepleierne, jeg tror de jobber mye overtid. Lederen oppfordrer ikke til overtid, og hun forventer at neste skift skal ta over men det er ikke alltid så lett. Det tar nesten lenger tid å forklare neste skift hva saken går ut på enn å håndtere det selv. Jeg pleier å jobbe dobbelt i blant, og det er fordi det er kluss i vaktlistene eller sykdom. Jeg merker til tider at kollegaene og hun selv blir svært sliten og utbrente. Jeg merke det vet at vi blir mer stille og nedstemte, og det kan komme av at vi føler oss tiltaksløse i en hektisk hverdag.

Retningslinjer for å forhindre rusmisbruk på arbeidsplassen

Det er kun sykepleierne som har tilgang på medisinrommet, og vi bruker nøkkelkort og kode for å få tilgang. Når vi tar ut medisiner må vi alltid dobbelsignere. Det oppstod en situasjon i 2015 som har gjort at rutinene våre har blitt mye strengere, koder og nøkkelkort byttes mye oftere. Lederne er mye strengere til dobbelsignering og registrerte avvik. Det er nå kun fast ansatte som får lov til å gå inn på medisinrommet. Det ble svært anspent stemning på jobb etter situasjonen, lederen var veldig stresset og det kunne tyde på at hun ikke visste hvordan hun skulle håndtere/reagere på situasjonen. Lederen fikk mye hjelp av HR-avdelingen, og jeg synes det var veldig klein stemning og følte meg mistenkt. Lederen har ikke informert om hvordan jeg skal håndtere en situasjon hvor en kollega er eller det mistanke om at en kollega

er påvirket. Jeg ville ha sagt i fra til leder hvis personen luktet alkohol eller var klart påvirket. Men jeg ville ha sett an situasjonen, og ikke rapportert noen som var fyllesyk så lenge jobben ble gjort. Jeg synes dette er et viktig tema som ledelsen bør bli bedre på å informere om. Selv om lederen tar dette som en selvfølge av oss ansatte så bør det fortsatt kommuniseres ut til oss ansatte. Jeg har aldri hørt om AKAN, og visste ikke at sykehuset var i samarbeid med dem. Jeg har aldri sett noen brosjyrer eller ark på jobben angående rus, og jeg har aldri opplevd at noen har foretatt en test på arbeidsplassen. Aldri hørt at noen har snakket om det heller.