

**En fleksibel utfører? Hjemmesykepleieren sine
erfaringer med tverrfaglig samarbeid rundt
personer med ROP-problematikk.**



Universitetet
i Stavanger

Helsevitenskapelige fakultet

Master i rus- og psykisk helsearbeid

Masteroppgave (30 ECTS)

Veronica J. Liavåg

Veileder: Professor Marianne Storm

27. august 2021

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven markerer slutten på mitt masterstudie i rus og psykiske helsehjelp ved Universitetet i Stavanger. Det har vært tre lærerrike og utfordrende år fylt med ny innsikt, kunnskap og nye bekjenskaper. Arbeidet med masteroppgaven har vært både givende, lærerikt og tidkrevende og COVID-19 pandemien har også fått satt sine spor underveis i studiet. Det har til tider vært en ensom affære å være pandemi-student uten å ha fysisk kontakt med verken medstudenter, forelesere eller studiested halvparten av tiden. Likevel har det vært positive sider ved denne situasjonen også, blant annet i form av teknologiske løsninger og mindre reising for meg som bor langt unna, det har jeg satt pris på. Videre vil jeg benytte muligheten til å takke de som har bidratt i arbeidet med masteroppgaven, enten direkte eller indirekte.

Jeg ønsker å takke de åtte intervjudeltagerne som sa ja til å dele sine tanker og opplevelser med meg - midt i den travleste tiden for førstelinjen under pandemien. Uten dere hadde ikke denne studien vært mulig, tusen takk for at dere tok dere tid!

Videre ønsker jeg å takke min veileder Marianne Storm. Du har hjulpet meg og veiledet meg, delt av din kunnskap og vært en støttespiller hele veien. Du har motivert meg når jeg har trengt det som mest og har alltid hatt en positiv tilbakemelding å komme med. Tusen takk for alt du har bidratt med!

Jeg ønsker å takke min nærmeste familie for å ha hjulpet meg og støttet meg og mine kollegaer som har holdt ut utallige netter med laptop og bøker spredd ut over bordet; uten deres støtte og oppmuntrende ord hadde denne oppgaven vært vanskelig å få til.

Til slutt ønsker jeg å rette en stor takk til min samboer og mine fire nydelige barn. Dere har holdt ut gjennom oppturer og nedturer og har vært en stor støtte for meg underveis. Tusen takk for at dere er dere!

Strandebarn, August 2021

Veronica J. Liavåg

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	SAMMENDRAG/ABSTRACT	1
2.0	INNLEDNING	2
2.1	Bakgrunn for valg av tema	2
2.2	Hjemmesykepleiens rolle	2
2.3	Lovverk	3
2.4	Psykiatriløft og helsepolitikk.....	4
2.5	Tilbudet til personer med ROP-problematikk	5
2.6	Tidligere forskning	5
2.7	Definisjoner og avgrensninger	11
2.8	Hensikt og mål.....	11
2.9	Hvorfor viktig?	11
2.10	Problemformulering og forskningsspørsmål	12
3.0	TEORETISK FUNDAMENT	12
3.1	Den biopsykososiale helsemodellen og stress-sårbarhetsmodellen	13
3.1.1	Sosiale forhold.....	14
3.1.2	Psykologiske forhold.....	14
3.1.3	Biologiske forhold.....	15
3.2	Profesjonsteori.....	16
3.3	Sykepleieteori.....	17
3.4	SELFIE-rammeverket for integrerte tjenester til personer med multi-morbiditet..	
3.4.1	Tjenestetilbud	20
3.4.2	Lederskap og styring	20
3.4.3	Personell	21

4.0	METODE	22
4.1	Design/metodiske overveielser.....	22
4.2	Utvalg og rekruttering	23
4.3	Datainnsamling.....	25
4.4	Analyseprosesser	26
4.4.1	Transkribering	26
4.4.2	Systematisk tekstkondensering.....	26
4.4.3	Helhetsinntrykk – fra villniss til foreløpige temaer.....	29
4.4.4	Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering	29
4.4.5	Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold	30
4.4.6	Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater	31
4.5	Etiske overveielser	31
4.6	Validitet/gyldighet, reliabilitet/troverdighet.....	32
5.0	PRESENTASJON AV FUNN.....	35
5.1	Helhetlig helsehjelp og velvære	35
5.2	Organisering av tjenestene – en fleksibel ”utfører”	38
5.3	Informasjonsbehov og taushetsplikt.....	41
5.4	Kompetanse og ”trygging”	44
5.5	Å ikke strekke til	45
6.0	DISKUSJON	48
6.1	Metodediskusjon	48
6.1.1	Rekruttering.....	48
6.1.2	Telefonintervju	49
6.1.3	Forskning på eget fagfelt.....	50
6.1.4	Systematisk tekstkondensering, STC	51
6.2	Resultatdiskusjon.....	51
6.2.1	Resultater – hovedtrekk.....	51

6.2.2	Helhetlig helsehjelp og velvære	52
6.2.3	Organisering av tjenestene – en fleksibel ”utfører”	53
6.2.4	Informasjonsbehov og taushetsplikt	55
6.2.5	Kompetanse og ”trygging”	57
6.2.6	Å ikke strekke til	59
7.0	KONKLUSJON.....	60
7.1	Implikasjoner for praksis.....	61
7.2	Videre forskning.....	62
	LITTERATURLISTE	63

VEDLEGG

- 1) Informasjonsskriv til informantene
- 2) Intervjuguide
- 3) Godkjenning NSD

1.0 SAMMENDRAG/ABSTRACT

Personer med problemer knyttet til rus, psykisk helse og somatisk sykdom og som får sin oppfølging i bostedskommunen er økende, noe som stiller krav til kommunens helsetjenester og organiseringen av disse. Forskning viser at denne gruppen mennesker i gjennomsnitt lever 15-20 år kortere enn normalbefolkningen, mye på grunn av somatiske sykdommer som kan forebygges og behandles. Sykepleiernes kompetanse innen psykisk og somatisk sykdom er viktig for å kartlegge, forebygge og behandle somatisk sykdom hos personer med ROP-problematikk i hjemmesykepleien og deres bidrag i det tverrfaglige samarbeidet vil være viktig. Hensikten med studien var å undersøke sykepleiere i hjemmesykepleien sine opplevelser knyttet til det å skulle tilby helsehjelp til personer med ROP-problematikk, hvordan det tverrfaglige samarbeidet opplevdes og hvilke forhold som kunne tenkes å påvirke det. Målet med studien var å undersøke hvordan det tverrfaglige samarbeidet opplevdes fra et sykepleierperspektiv. Jeg fikk svar på disse spørsmålene ved hjelp av et semi-strukturert forskningsintervju gjennomført på telefon av åtte sykepleiere i to kommuner. Disse analyserte jeg ved hjelp av K. Malteruds ”Systematisk tekstkondensering”. Funnene fra studien peker på at sykepleierne i hjemmesykepleien hadde et stort ansvar for personer med ROP-problematikk i kommunen men at manglende informasjonsutveksling, få møtepunkt, lite fokus på kompetanseheving, tidsnød og knappe ressurser kunne gjøre det tverrfaglige samarbeidet utfordrende. Sykepleierne etterlyste derfor et tettere og mer likeverdig samarbeid mellom de ulike tjenesteyterne i kommunehelsetjenesten.

2.0 INNLEDNING

2.1 Bakgrunn for valg av tema

Rus og psykisk helse har alltid vært noe som har interessert meg. Jeg har en mor som har jobbet i psykiatrien og en stefar som har jobbet med ungdom på institusjon i barnevernet, samt at jeg også har sett noen av disse utfordringene på nært hold i egen familie og bekjentskapskrets. Videre når jeg tok bachelor i sykepleie så var psykiatri som fag og praksis noe av det jeg verdsatte mest, dette har fulgt meg videre inn i yrkeslivet og nå inn i en master i psykisk helse og rus. I min jobb som sykepleier på natt i kommunehelsetjenesten så er personer med problemer knyttet til rus og/eller psykiske lidelser noe vi stadig møter og et tema som ofte gir grobunn for diskusjon innad i kollegagruppen.

Jeg har lenge vært interessert i hvorfor vi som sykepleiere i hjemmesykepleien ofte føler oss så fremmedgjorte ovenfor denne gruppen mennesker og dermed føler at vi ikke er bra nok eller klarer å yte de tjenestene den enkelte har behov for. Dette er en gruppe mennesker som ofte har store og sammensatte behov for omsorg fra flere tjenesteytere, deriblant sykepleierne i hjemmesykepleien, likevel setter sykepleierne seg selv i andre rekke bak mer spesialisert personal i det tverrfaglige samarbeidet. Hjemmesykepleien som gruppe er både kunnskapsrik og tilgjengelig og de er hos mange av personene mer ROP-problematikk den gruppen som er hyppigst inne på tilsyn, dette burde danne grobunn for en større tro på egne evner til omsorg og at man er med på å gjøre en forskjell for den enkelte, ikke det motsatte.

2.2 Hjemmesykepleiens rolle

Helsetjenester i hjemmet, som blant annet hjemmesykepleie, er regulert i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsetjenester i hjemmet tilbys personer som på grunn av sykdom eller funksjonsnedsettelse trenger hjelp til å dekke viktige pleie- og omsorgsbehov og som ikke selv kan oppsøke dette. Dette kan omfatte hjemmesykepleie (inkludert psykisk helsehjelp), hjelp til personlig hygiene og ernæring, lettere behandling, sårbehandling og legemiddelhåndtering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsetilsynet, 2015).

Sykepleierne som gruppe både i hjemmesykepleien og i kommunen for øvrig kjennetegnes ofte av sin kunnskap innen psykisk og somatisk sykdom og de ulike

kommunale tjenestene, sitt fokus på det relasjonelle, sin fleksibilitet og sin holistiske tankegang (Karlsson & Kim, 2015). Sykepleierne i hjemmesykepleien kan i kraft av sin sykepleiefaglige kompetanse være et viktig bidrag i samarbeidet rundt hjemmeboende personer med ROP-problematikk og somatisk sykdom.

2.3 Lovverk

Fra 1. Januar 2004 ble behandlingsansvaret for rusmiddelavhengige overført fra fylkeskommunen gjennom sosialtjenesteloven og over til staten ved de regionale helseforetakene som da fikk ansvar for *tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk - TSB*. Denne endringen førte til at de institusjonene som tilbø rusbehandling ble å anse som helseinstitusjoner, tjenestene som ble tilbudt ble helsetjenester og de som mottok tjenestene fikk pasientrettigheter. Denne endringen medførte at personer med problemer knyttet til rusmidler fikk rett til behandling, rett til vurdering innen 30 dager, rett til fornyet vurdering, fritt sykehusvalg, individuell plan, dekning av reiseutgifter, rett til informasjon, medvirkning og journalinnsyn samt rett til å klage (Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven, 2004).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) regulerer befolkningens tilgang til helsetjenester gjennom å sikre lik tilgang, god kvalitet på tjenestene og rettigheter ovenfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens skal bidra til å fremme tilliten mellom pasienter, brukere og helse- og omsorgstjenesten samt å fremme sosial trygghet. Den skal bidra til å ivareta respekten for den enkelte pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd. Loven regulerer også pasientens rett til å samtykke til helsehjelp samt pasientens rett til vern mot spredning av opplysninger.

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) regulerer videre kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester til de som oppholder seg i den aktuelle kommunen og omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem og rusavhengighet, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Loven skal videre sikre forebygging, behandling og tilrettelegging for mestring av sykdom, fremme sosial trygghet, bedre den enkeltes levevilkår, bidra til likeverd og likestilling, forbygge sosiale problemer, sikre tjenestetilbudets kvalitet, sikre et likeverdig tjenestetilbud som tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og som bidrar til at ressursene utnyttes best mulig. Loven skal også sikre at

den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og kan ha en aktiv og meningsfylt tilværelse sammen med andre (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Personer med problemer knyttet til rus har likevel ingen særrettigheter i helse- og omsorgstjenesteloven, de skal sidestilles med andre grupper i helselovgivningen med håp om at dette kan bidra til å fjerne stigma (Evjen, Kielland, & Øiern, 2012).

Rusproblemer ble gjennom rusreformen likestilt med både psykisk og somatisk sykdom og sikret rusavhengige pasientrettigheter. Som man kan se av pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven så utløser dette en rekke rettigheter for pasientene og en del plikter for hjelpeapparatet. Dette skulle legge til rette for å gi denne gruppen bedre og mer målrettede tjenester. Pasienter med samtidige problemer knyttet til rus og psykisk helse sto tidligere med en fot i hvert lovverk men etter lovendringen endret dette seg. Likevel har man slitt med å klare å koordinere tjenestene på en god måte rundt disse pasientene, noe som igjen har ført til en ny satsing de siste årene.

2.4 Psykiatriløft og helsepolitikk

I 2016 fikk Helsedirektoratet i oppgave fra Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide og implementere pakkeforløp for psykisk helse og rus der man i samarbeid med tjenestetilbyderne og brukerorganisasjonene skulle styrke kvaliteten på tjenestetilbudet og legge til rette for forutsigbare og trygge forløp. Målet med dette var å øke brukertilfredsheten og brukervedvirkningen, få til sammenhengende og koordinerte forløp, unngå unødig ventetid, sikre et likeverdig tilbud i hele landet og sørge for bedre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner (Helsedirektoratet, 2018).

Noe av bakgrunnen for denne satsningen på psykisk helse og rusfeltet var stor variasjonen i ventetid, utredning, behandling og oppfølging. Ut over dette hadde man også fått tilbakemeldinger om mangelfull innflytelse over egen behandling i tillegg til at man så at mange hadde bruk for mer sammenhengende og koordinerte tjenester. Personer med problemer knyttet til rus og/eller psykiske lidelser betydelig kortere levealder enn normalbefolkningen - nesten 20 år og økende - noe som i stor grad knyttes opp mot økt risiko for somatiske sykdommer og redusert tilgang til relevante helsetjenester. (Drag, 2020; Helsedirektoratet, 2018)

2.5 Tilbudet til personer med ROP-problematikk

I følge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) plikter kommunene å gi personer som trenger det et helhetlig tilbud, ut fra den enkeltes ønsker og behov. For enkelte personer med ROP-problematikk kan det noen ganger være nødvendig at de kommunale tjenestene ytes som oppsøkende arbeidsformer, for eksempel *aktivt oppsøkende behandling (Assertive community treatment) - ACT-team*. Et ACT-team erstatter ikke sykehus men skal gjøre overgangen fra spesialisthelsetjenesten og tilbake til samfunnet lettere og forsøke å minske faren for nye, akutte innleggelser. ACT-teamet skal også forsøke å gå opp veiene for andre kommunale tjenester, for eksempel hjemmesykepleien. Satsingen på ACT-team som er tilpasset de personene som ikke klarer å følge ordinær behandling er økende i Norge (Evjen et al., 2012).

I følge Evjen et al. (2012) er det den enkelte kommune som har ansvaret for å sørge for at sine innbyggere får tjenestene beskrevet i helse- og omsorgstjenesteloven. Loven gir ingen føringer for hvilken yrkesgruppe som skal utføre hvilke oppgaver med unntak av legetjenester – disse er lovregulert. Hvordan tjenestene organiseres blir dermed i stor grad opp til kommunene selv å avgjøre. Sykepleiere i hjemmesykepleien sin rolle i arbeidet med personer med ROP-problematikk blir dermed et mangefasettert spørsmål alt etter hvordan den enkelte kommunen er organisert.

2.6 Tidligere forskning

For å finne frem til tidligere forskning på området foretok jeg søk i databasene Cinahl, Medline, PsycInfo, Helsebiblioteket, Rop.no, fhi.no, sykepleien.no og Idunn. Jeg har brukt ulike søkeord på norsk og engelsk og i ulike kombinasjoner. I de fleste søk begrenset jeg søket til artikler nyere enn 2010 for å få artikler som er relevante i forhold til de mange endringene som har skjedd de siste årene i helsetjenesten. Søkeordene jeg brukte var hjemmesykepleie, utfordringer, belastninger, holdninger, sykepleier og ROP-pasient på norsk og community nurse, primary nursing, visiting nurses, nurse, substance use, psychiatric patient/diagnosis/diseases/disorders/illness, dual diagnosis, drug abuse, prejudices, attitudes towards, experiences, perceptions, views, mental health/mentally ill patient, negative stereotypes, drug abuse patients, physical health/wellbeing og contacthypothesis på engelsk. Ut over de innledende søkene jeg har foretatt i databaser så har jeg også gjennomgått litteraturlistene i de ulike artiklene jeg har funnet manuelt, jeg har fått tips om artikler og bøker som kan være aktuelle fra veileder samt lokalisert

annen relevant litteratur gjennom prosessen. Funksjonen i databasene som viser lignende artikler som de jeg allerede har søkt på har også vært nyttig i så måte.

Først var det krevende å finne artikler som virket relevante for min oppgave, dels fordi at søkeordene jeg valgte ikke var de beste men også fordi at jeg selv tenkte litt for snevert. Etter hvert som søkeprosessen skred frem og jeg fikk bistand fra veileder til å endre ordlyd samt å utvide søket til databaser innen andre fag så ble resultatene også bedre. Underveis i litteratursøket endret jeg også noe fokus for oppgaven; min forforståelse pekte meg først i retning av at det var stigma og fordommer hos sykepleierne som i stor grad drev de utfordringene som kunne vise seg i samarbeidet rundt personer med ROP-problematikk og jeg utførte litteratursøk der etter. I samråd med veileder valgte jeg etterhvert å heller se på problemstillingen mer åpent og på bakgrunn av dette har jeg valgt bort noe av litteraturen fra de innledende søkene som gikk utelukkende på stigma og fordommer.

Jeg startet søket med å finne frem til noen relevante artikler på norsk som beskrev norske forhold og den dreiningen bort fra institusjonalisering man har sett i helsetjenesten de siste årene her til lands. Gade Rolland (2020) beskriver dette i sin artikkel og setter søkelys på hvilken konsekvens disse endringene har fått for pasienter og ansatte når økte ressurser og kompetanse ikke nødvendigvis er en naturlig del av omstillingsprosessen. ”Jeg tviler også på om det er lurt å dele opp helsetjenesten i fysiske og psykiske plager (...) De tette skottene mellom hjemmesykepleie og tjenestene innen psykisk helse må bygges ned. Samhandlingen på tvers av tjenestenivåene må styrkes, og respekten for hverandre må økes” (Gade Rolland, 2020). Man kan her skimte noen utfordringer i samarbeidet mellom de ulike tjenesteutøverne som er tenkt å skulle samarbeide til det beste for pasienten.

En artikkel med relevans for mitt eget prosjekt var en artikkel publisert i *Sykepleien*. Her blir sykepleiernes særegne ansvar og funksjon i psykisk helse og rustjenesten satt søkelys på og jeg syntes denne fungerte godt som en stemme som tydeliggjorde hva vi egentlig snakker om her – *sykepleie* til personer med ROP-problematikk. Fause (2019) skriver at sykepleien til denne gruppen pasienter har dreid bort fra pleie av pasientens plager og problemer, observasjoner av bivirkninger og symptomer på somatisk sykdom til fordel for interaksjonen med pasienten og en fasinasjon for pasientens følelser og psykiske traumer. Fause forsøker dermed å konkretisere hva *sykepleie* til denne gruppen

pasienter skal inneholde – til forskjell fra det andre yrkesgrupper kan tilføre samarbeidet.

I en systematisk review fra 2019 undersøkte Dickens, Ion, Waters, Atlantis, and Everett (2019) sykepleieres, og da psykiatriske sykepleiere spesielt, sine kunnskaper, holdninger og erfaringer rundt å tilby somatisk helsehjelp til psykiatriske pasienter. Studien inkluderte 51 artikler fra 14 land med til sammen 7549 sykepleiere som respondenter og viste at sykepleiere inne psykisk helsevern trenger å få styrket sin selvtillit og kunnskap rundt det å skulle tilby somatisk helsehjelp til denne pasientgruppen. Man så i studien en klar sammenheng mellom den enkelte sykepleiers holdninger og rapportert involvering i pasientens somatiske helsehjelp og at de som tar opp pasientens somatiske helse med minst en annen yrkesgruppe tenderer til å gjøre det samme med flere. De sykepleierne som allerede involverte seg i pasientens somatiske helse og så verdien av dette leverte også bedre tjenester knyttet til somatisk helsehjelp. I følge Dickens et al. (2019) vil det derfor være viktig fremover å endre fokus fra *om* sykepleiernes holdninger, kunnskap og ferdigheter har noe å si for oppfølgingen av pasientens somatiske helse til *hvordan* man skal forbedre sykepleiernes holdninger, kunnskap og ferdigheter. I følge forfatterne må man også videre se på om de effektene man tror at et økt fokus på somatisk helse hos sykepleierne vil ha faktisk fører til bedre praksis og bedre prognose for pasientene.

I følge Dickens et al. (2019) hadde det vært en eksplosiv utvikling av artikler som omhandlet somatisk helsehjelp til psykiatriske pasienter de siste årene, noe som kan tyde på at fokuset på dette er økende. I og med at denne artikkelen i stor grad hadde fokus på psykiatriske sykepleiere så sier disse dataene kanskje mest om hva som skal til for at sykepleiere innenfor psykisk helsevern øker sitt fokus på pasientens somatiske helse og hva som kan ligge til grunn for at dette ikke gjøres automatisk per i dag. Grunnutdanningen i sykepleie er likevel lik for alle sykepleiere uavhengig av videreutdanning så studien kan derfor tenkes å ha en overføringsverdi også til sykepleiere i hjemmesykepleien.

I den kvalitative studien ”Sykepleieren i rusfeltet – usynlig og generell eller tydelig og spesiell” (Granamo & Knutstad, 2021) ble både sykepleiere og annet helsepersonell som inngikk i et tverrfaglig team innen TSB intervjuet omkring hvilke forventninger og erfaringer sykepleierne selv og de andre yrkesgruppene hadde til sykepleiernes

funksjon. Deltagerne i studien va sykepleiere og personer med en annen yrkesfaglig bakgrunn som for eksempel lege, vernepleier eller psykolog.

I studien kommer det frem at de andre yrkesgruppene i det tverrfaglige samarbeidet hadde tydelige forventninger til sykepleierne og deres kunnskap om somatikk, miljøterapi og kombinasjonen av disse, i tillegg til ulike observasjoner og vurderinger samt det å tilbakemelde til kollegaer. Sykepleierne fungerte som diskusjonspartnere og rådgivere og hadde et spesielt godt samarbeid med legene grunnet deres felles, medisinskfaglige plattform. Resultatene omhandlet forventninger til sykepleiernes somatiske kompetanse og hvordan denne kunne kombineres med miljøterapi, samarbeidet med de andre yrkesgruppene og det at sykepleierne ønsker en felles plattform å arbeide ut fra. Studien viser også til at tidligere forskning peker på at sykepleiernes funksjon og særegne kompetanse i et tverrfaglig samarbeid blir oppfattet som utydelig av sykepleierne selv. Det kan i følge forfatterne se ut som at sykepleierne trenger en bevisstgjøring omkring sin egen rolle i samarbeidet og til å selv å se potensialet som ligger i sykepleieprofesjonen og det å utøve helhetlig sykepleie til personer med utfordringer knyttet til rus og/eller psykiske lidelser.

Videre fant jeg artikkelen ”Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus” av Li, Andenæs, Undall, and Nåden (2012) som undersøkte hvordan rusmisbrukere med akutte smerter ble møtt ved innleggelse i sykehus. Studien var en kvantitativ studie og utvalget var sykepleiere og leger ved medisinsk-, kirurgisk- og intensivavdelinger ved fire norske sykehus. 274 sykepleiere og 38 leger deltok i studien. Bakgrunnen for studien var utfordringen i forhold til det å skulle smertelindre pasienter med en avhengighet spesielt knyttet til opioider da dette ofte fører til en forsterket smerteopplevelse og kompliserer det å kunne tilby adekvat smertelindring ved innleggelse. Hensikten ved studien var å kartlegge helsepersonellens handlinger, kunnskaper og holdninger. Resultatene forfatterne kom frem til pekte i retning av at kartlegging av pasientens rusmisbruk samt det å bruke kartleggingsverktøy var noe som under halvparten av respondentene gjorde. Videre svarte om lag halvparten at de gav pasientene opioidsustitusjon for å forhindre abstinenser. Det egenvurderte kunnskapsnivået lå under 3 på en skala fra 1 til 5 samlet sett der kunnskap om smertelindring lå på et middels til lavt nivå og kunnskap om toleranse og hyperalgesi var høy. Legene oppgav generelt et høyere kunnskapsnivå enn sykepleierne på alle

spørsmålene. Over halvparten av sykepleierne og en sjettedel av legene oppgav at de følte seg manipulert av denne pasientgruppen og kun et mindretall oppgav at de trodde på pasientenes smerteformidling. Over halvparten var enige i at opioidavhengighet var en sykdom (Li et al., 2012). Studien viser med dette at det kan finnes et manglene samsvar mellom den kunnskapen man faktisk har og hvordan denne kommer til uttrykk i praksis. Studien viser at det kan være behov for holdningsendrende tiltak, undervisning og klinisk integrert læring for å bygge opp under kunnskap og personlig kompetanse noe som er viktig når man skal ivareta krevende pasientgrupper med komplekse hjelpebehov. Mangel på tillit mellom helsepersonell og pasient i forhold til spørsmål knyttet til rusmisbruk, smerte og medikamentell behandling ble rapportert i studien og det fremholdes at aktiv kommunikasjon og åpenhet er essensielt for å skape et gjensidig tillitsforhold mellom helsepersonell og pasient.

I Peckover and Chidlaw (2007) sin artikkel "Too frightened too care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances" beskrives sykepleieres holdninger omkring pasienter med problemer knyttet til rusbruk. Studien er en kvalitativ studie med semi-strukturerte intervju av 18 sykepleiere i hjemmesykepleien i England. Selve artikkelen er skrevet på bakgrunn av deler av dataene som litt uventet kom frem underveis i datainnsamlingen som viste at sykepleierne opplevde at det å yte hjelp til denne pasientgruppen kunne være utfordrende på grunn av flere ulike faktorer. Sykepleierne kom ofte inn i bildet hos pasienten på grunn av somatiske plager som for eksempel sårproblematikk og opplevde ofte at pasientene ikke alltid fikk den helsehjelpen de trengte fra andre instanser. Flere fortalte også om et syn på pasientene som farlige og at det innebar en risiko for dem selv å skulle tilby helsehjelpen noe som kunne medføre at man beskyttet seg selv, kortet ned besøkstiden, "fikk jobben gjort" og gikk i par til disse pasientene til forskjell fra hos andre pasienter. Korte, oppgavefokuserende besøk gikk igjen ut over muligheten til å bli kjent med pasienten, det vanskeliggjorde et personlig engasjement hos sykepleierne og kunne videre føre til at man overså viktige aspekt rundt pasientenes helse. Videre beskrev sykepleierne at de manglet spesialkunnskap rundt rusproblematikk og at de derfor var mer ute i periferien. De satte mer spesialiserte yrkesgrupper i sentrum for det arbeidet som skulle gjøres i forhold til disse pasientene. I følge Peckover and Chidlaw (2007) kunne det virke som at man brukte tanken om manglende spesialkunnskap rundt rusbruk som noe som kunne

forklare sykepleiernes begrensede rolle og det at pasientene kanskje hadde behov som ikke ble møtt. Dette er aspekter som man kan tenkes å finne igjen hos sykepleiere i hjemmesykepleien også i Norge, i større eller mindre grad.

I ”Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie” (Vik, 2018) er det foretatt et scoping review for å kartlegge forskningen omkring samhandling mellom de ulike helseprofesjonene i Norge i kjølvannet av samhandlingsreformen. 25 artikler fra årene etter at samhandlingsreformen ble presentert i 2008 ble inkludert. De ulike artiklene omhandler samhandling i ulike deler av hjelpeapparatet, eksempelvis samhandling ved pasientoverganger tilknyttet somatikk, samhandling i psykisk helse, samhandlingsteam, samhandling internt i spesialisthelsetjenesten og samhandling i primærhelsetjenesten.

Hovedfunnet i studien er i følge artikkelforfatteren det at forskningsfeltet selv knytter utfordringene i samhandlingen til manglende møteplasser og lokale retningslinjer samt kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse. Relasjoner ansikt-til-ansikt, samarbeid, likeverd og gjensidighet er alle ingredienser i en vellykket samhandling. Det er et gjennomgående tema i de ulike studiene at organiseringen av helsetjenestene skaper et spenningsforhold mellom de ulike profesjonene der ulike tjenestenivåer, organisatoriske enheter og profesjongrensener spiller inn på de ulike profesjonenes rolle og forståelse av samhandling (Vik, 2018). Ut fra datamaterialet beskriver artikkelforfatteren fire ulike former for samhandling; relasjonelt samarbeid preget av nærhet og sammenkobling, operasjonelt lukket samarbeid preget av nærhet og differensiering, koordinert oppgavefordeling preget av avstand og sammenkobling og fragmentert oppgavefordeling som er preget av avstand og differensiering. I følge Vik (2018) beskriver forskningsfeltet hovedsakelig to typer samhandling; fragmentert oppgavefordeling og relasjonelt samarbeid og at det ikke er konflikter omkring forståelse som er hovedutfordringen rundt samhandlingen men mangelen på konflikt. For å kunne komme frem til en gjensidig kunnskap som kommer pasientene til gode vil konflikt, forhandlinger og diskusjon om ulikheter være aspekter som kan fremme samhandling og integrasjon. De ulike profesjonene vil i følge forfatteren gjennom det å stå i konflikter i større grad måtte snakke sammen og komme frem til løsninger. Man vil på den måten også få mer kunnskap om hverandre og om de ulike profesjonenes unike bidrag inn i samarbeidet.

2.7 Definisjoner og avgrensninger

Følgende kommer noen definisjoner og avgrensninger av nøkkeltemaer for oppgaven.

- ROP-lidelse/ person med ROP-problematikk: En person med (minst) to selvstendige lidelser. Målgruppen er personer som har alvorlig psykisk lidelse kombinert med ruslidelse. (Evjen et al., 2012, p. 24)
- ROP-tjeneste: Kommunale helsetjenester til personer med problemer knyttet til rus og/eller psykisk helse.
- Holistisk tankegang/helhetlig forståelse av helse: I en holistisk tankegang og en helhetlig forståelse av helse ser man helse som en helhetstilstand bestående av både psykisk og somatisk helse i en sosial, åndelig og kulturell sammenheng. (Almvik & Borge, 2014, pp. 32-33)
- Tverrfaglig samarbeid: En vitenskapelig integrasjon av de ulike fagprofesjonenes kunnskapsgrunnlag, både teoretisk og metodisk, ofte med fokus på en og samme behandlingsmodell. (Hummelvoll, 2016, p. 478)

Avgrensning: Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å gjelde sykepleiere i hjemmesykepleien og dermed tilbyr helsetjenester til personer med ROP-problematikk i eget hjem. Jeg kunne ha intervjuet andre ansatte i primærhelsetjenesten, eksempelvis psykiatriske sykepleiere innen ROP-tjenesten eller rekruttert flere intervjudeltagere fra flere forskjellige kommuner og fra andre regioner i landet enn det jeg har gjort.

2.8 Hensikt og mål

Hensikten med studien er t å se på sykepleiernes opplevelser og rolle i det tverrfaglige samarbeidet rundt personer med ROP-problematikk og hva som påvirker dette. Jeg ønsker å undersøke hvordan samarbeidet fungerer i praksis og for å kunne identifisere styrker og svakheter knyttet til det tverrfaglige samarbeidet sett fra sykepleiernes perspektiv. Målet med studien er å gi sykepleierne i hjemmesykepleien en stemme og at deres erfaringer kan bli lyttet til og tatt høyde for i videre planlegging og evaluering av det tverrfaglige samarbeidet rundt personer med ROP-problematikk i kommunene.

2.9 Hvorfor viktig?

I noen kommuner er sykepleierne i hjemmesykepleien en del av det tverrfaglige samarbeidet rundt personer med ROP-problematikk som bor hjemme, i andre kommuner kommer man kanskje først i kontakt med disse menneskene når de kommer

inn i omsorgsbolig eller i institusjon. Fellesnevneren er at sykepleierne har en nøkkelrolle i oppfølgingen til disse personene når flere skal motta behandling i sin hjemkommune, især med tanke på ivaretagelsen av somatisk helse. Dette stiller klare forventninger til ressurser og organisering av tjenestene rundt denne gruppen mennesker og det å lytte til hvilke erfaringer de ulike deltagerne i det tverrfaglige samarbeidet har vil være viktig for å kunne videreutvikle tjenestene fremover.

2.10 Problemformulering og forskningsspørsmål

”Sykepleiere i hjemmesykepleien sine erfaringer med det å yte helsehjelp til personer med samtidige problemer knyttet til rus, psykisk helse og somatisk sykdom”.

1. Hvordan opplever sykepleierne i hjemmesykepleien det tverrfaglige samarbeidet og
2. Hvilke forhold påvirker samarbeidet mellom sykepleierne, øvrige tjenesteytere og personen med ROP-problematikk?

3.0 TEORETISK FUNDAMENT

God samhandling mellom de ulike tjenesteyterne rundt pasienten er viktig for å kunne tilby gode, individuelle tjenester som er tilpasset den enkelte. For å få dette til bør man ha en felles, grunnleggende forståelse for de utfordringene de menneskene man møter står oppe i. Mæland (2010, p. 15) skriver at det helsefremmende arbeidet ikke tar utgangspunkt i sykdom og risikofaktorer men fokuserer heller på de faktorene som kan styrke ressursene til den enkelte og dermed gi god helse. Gjennom denne måten å tenke på er ikke helse nødvendigvis et mål i seg selv men noe grunnleggende for å kunne oppnå andre ønskelige mål. Befolknings- og brukervedvirkning er avgjørende og lokalsamfunnet blir sett på som den viktigste arenaen for det helsefremmende arbeidet, på tvers av fag og sektorer. For personer med ROP-problematikk kan det å møte både god samhandling og en helsefremmende tilnærming være viktige faktorer for bedring. Å ta vare på hele mennesket og dermed yte en helhetlig tjeneste er en viktig forutsetning for helsearbeid.

Følgende kommer det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Jeg har først valgt å presentere den biopsykososiale helsemodellen og stress-sårbarhetsmodellen for å vise at problemer knyttet til rus og/eller psykiske lidelser kan ha en rekke ulike årsaksfaktorer,

og at ulike former for stress kan ha ulik innvirkning på den enkelte ut fra individuelle forutsetninger. Videre presenteres et profesjonsteoretisk fundament, da med fokus på Andrew Abbotts teori om profesjoner og den enkelte profesjons jurisdiksjon. Her vises hvordan ulike profesjoners jurisdiksjonelle områder kan påvirke hverandre og medvirke sammen eller hver for seg. Dette kan ha relevans for hvordan vi som yrkesutøvere samarbeider og organiserer oss og videre påvirke det tverrfaglige samarbeidet. Jeg har videre valgt å presentere Dorothea Orems egenomsorgsteori for å forankre oppgaven i en sykepleiefaglig kontekst da det i hovedsak er sykepleieperspektivet jeg har valgt å undersøke gjennom studien. Til slutt presenteres SELFIE-rammeverket som en helhetlig modell for å kunne ivareta mennesker med to eller flere kroniske sykdommer, også kalt multi-morbiditet. SELFIE-rammeverket tar utgangspunkt i 6 ulike fokusområder og med utgangspunkt i temaet for oppgaven har jeg valgt å fokusere på tre av disse.

3.1 Den biopsykososiale helsemodellen og stress-sårbarhetsmodellen

Årsakene til at en person utvikler psykisk sykdom eller avhengighet kan, som vist i figuren under, ha sammenheng med både psykologiske, sosiale og biologiske forhold.



Figur 1: De viktigste påvirkningsfaktorene for helse. Etter Dahlgren og Whitehead. 1991 fra "Forebyggende helsearbeid – folkehelsearbeid i teori og praksis" av John Gunnar Mæland, 2010, s. 30.

Den biopsykososiale helsemodellen er en måte å forstå utviklingen av helse og uhelse i lys av biologiske-, psykologiske- og sosiale faktorer og hvordan disse sammen virker inn på den enkelte persons helse. Evjen et al. (2012) tar opp spørsmålet om hva som manifesterer seg først; rusmiddelbruk eller psykisk lidelse? Er rusmiddelbruken en følge av en psykisk lidelse eller kommer den psykiske lidelsen som en konsekvens av et liv med rus? Kan det være at det dreier seg om samtidige problemer uten en klar årsakssammenheng?

3.1.1 Sosiale forhold

Det å ha en psykisk uhelse kan innebære et liv med uforutsigbarhet, annerledeshet, indre og ytre smerte, kroppslig forfall, en opplevelse av å ikke mestre livet og hverdagen og dermed tap av kontroll. Videre kan det som opprettholder uhelsen være resignasjon, følelse av stillstand, en angst for det nye og vansker med å skape nye tillitsfulle forhold til andre mennesker. Man kan videre bli trukket inn i en passivitet og en motløshet der man kan oppleve å være en mottaker og ikke en aktør i eget liv (Hummelvoll, 2016). Personer med ROP-problematikk kommer oftere fra familier der det finnes større grad av psykiske lidelser eller rusproblematikk sammenlignet med befolkningen ellers. Det er derfor rimelig å tro at en barndom preget av traumer kan føre til økt risiko for senere rusmisbruk hos noen (Evjen et al., 2012, p. 39).

3.1.2 Psykologiske forhold

Det er flere ulike perspektiv på hvordan man definerer og forstår psykiske lidelser; filosofiske, teologiske, sosiologiske, medisinske, psykologiske eller sykepleievitenskapelige tilnærminger kan være noen av disse (Hummelvoll, 2016, p. 31).

Stress-sårbarhetsmodellen er en forståelse rundt utvikling av sykdom som i økende grad har vunnet frem de senere årene. I følge denne modellen henger en persons tilbøyelighet til å utvikle psykisk sykdom sammen med den innebyggede sårbarheten man har og den graden av stress den enkelte blir utsatt for. Ut fra dette blir sårbarheten sett på som en biologisk betinget faktor og stress som et sosialt fenomen knyttet til den enkeltes levevilkår. På bakgrunn av dette kan man tenke seg at en person med høy sårbarhet kan utvikle sykdom som følge av mindre belastninger mens en person med lav sårbarhet kan oppleve en høy grad av stress over lang tid før man ser den samme sykdomsutviklingen. Bruk av rusmidler kan her sees på som en stressfaktor som kan utløse psykisk sykdom

hos dem som har en sårbarhet for dette (Evjen et al., 2012, p. 63). Man kan dermed se på psykisk uhelse som i en glidende overgang fra psykisk helse (Hummelvoll, 2016).

Det er flere faktorer som kan være kilder til psykisk uhelse. Vanskelige oppvekst- og levekår med eksempelvis omsorgssvikt, dårlige boforhold, usikker økonomi, sosial isolasjon, manglende tillit til andre mennesker og en opplevelse av at det ikke er bruk for en kan gi grobunn for å kunne utvikle psykiske problemer (Hummelvoll, 2016, p. 31). Tidlige livsvansker og belastninger er velkjente risikofaktorer for utvikling av rusmiddelproblemer og visse livsfaser slik som i forsterlivet, rundt fødsel og i nyfødtp perioden kan være spesielt følsomme for ytre påvirkning. En slik påvirkning kan være mors stress i svangerskapet eller atskillelse fra mor og søsken i lange perioder av gangen tidlig i nyfødtp perioden (Mørland & Waal, 2017, p. 43).

3.1.3 Biologiske forhold

De siste 30 årene har nevrovitenskapen gjort fremskritt og det har blitt gjennomført store arvelighetsstudier der man har funnet en arvelig komponent tilstedeværende ved svært mange lidelser som man tidligere ikke antok at hadde med biologi å gjøre, som for eksempel alkoholisme, ulike typer angstlidelser og personlighetsforstyrrelser (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke, 2009). De biologiske årsakene til rusavhengighet kan kort forklares ved økt dopaminfrigjøring i belønningssentrene i hjernen ved inntak av et gitt stoff, noe som igjen gir en økt følelse av velvære. Videre påvirkes hjernen med kortsiktige og langsiktige konsekvenser som for eksempel nevroplastiske endringer (hjernens evne til å tilpasse seg ytre påvirkning), ulike funksjonstap, abstinensreaksjoner, manglende følelse av glede og mening og rusmiddelsug (Evjen et al., 2012). I følge Mørland and Waal (2017) er det fire nevrobiologiske hovedvirkninger av gjentatt rusmiddelbruk som øker sjansen for at den enkelte fortsetter bruken; Endringer i dopaminerge nevroner som gjør bruken mer attraktiv og imperativ, endringer i dopaminerge nevroner som reduserer belønning og stemningsleie, endringer i mesolimbiske nevroner og andre hjerneområder som leder til ubehag og stress og endringer i locus coeruleus og andre overordnede sentre i det autonome nervesystemet (sentrale eksempelvis i utviklingen av fysiske abstinenssymptomer).

Samtidig som at forskningen på biologiske forklaringsmodeller går fremover så viser dette også hvor komplekse genene våre er og at man på tross av et mer detaljert bilde

over de ulike biologiske sårbarhetsforholdene også må se på hvilke andre stressfaktorer som skal til for å utløse sykdom hos den enkelte.

3.2 Profesjonsteori

Andrew Abbott har beskrevet teorier rundt hvordan ulike profesjoner skapes, vokser, splittes, samles, utvikles og dør i sin bok *"The Systems of Professions"*. I følge Abbott (1988) kan man definere en gitt profesjon ut fra dens abstrakte kunnskap om et område som de har tilegnet seg gjennom sosialisering. Det er denne kunnskapen som gir den enkelte profesjon kontroll over sitt område og profesjonens praktiske ferdigheter vokser frem fra denne kunnskapen. Abbott bruker ordet *jurisdiksjon* til å definere forbindelsen mellom en profesjon og dennes myndighetsområde og kontroll over gitte arbeidsoppgaver og jurisdiksjonen er selve grunnpilaren for den enkelte profesjonen.

I følge Erichsen sitert i Orvik (2015, pp. 126-127) presenterte Abbott seks ulike former for jurisdiksjon som er knyttet til profesjonenes kontroll over arbeidsoppgaver. Under presenteres de tre av jurisdiksjonene som best relateres til oppgavens fokus på sykepleiernes arbeid:

- Full jurisdiksjon: der det er klare grenser mellom yrkesgruppens ansvar, for eksempel legens eneansvar for å ta beslutninger om undersøkelse og behandling av den enkelte pasient
- Underordning: eksempelvis forholdet mellom lege og sykepleier i forhold til området medisinsk behandling
- Teigdeling: sykepleiere og leger deler på ansvaret for pasientene og sykepleie blir tydeliggjort som et eget ansvarsområde i tillegg til det medisinske.

I følge Orvik (2015, p. 122) kan man se på en profesjon som en organisering av arbeid utført av fagpersoner med noen spesielle kjennetegn. Disse kjennetegnene er lang formell utdanning, egen forskning og yrkesetikk, lovbeskyttelse og autorisasjon, enerett til å praktisere bestemte yrker, unik og uegennyttig tjeneste ovenfor samfunnet og en forpliktelse ovenfor profesjonelle verdier og normer. Orvik poengterer videre at disse relativt strenge kriteriene åpner for å kunne klassifisere yrker som mer eller mindre profesjonelle, eksempelvis at legen er mer profesjonell enn sykepleieren, og at et mer åpent profesjonsbegrep der man definerer en profesjon som en betegnelse på yrker med

et definert, faglig ansvar favner en større andel av yrkesgruppene i helsetjenesten. Dette kan i følge Orvik finnes igjen også i nyere forskning.

Det å være kompetent, oppdatert og å jobbe ut fra forskningsbasert kunnskap er i følge Orvik (2015) gjerne forbundet med profesjonalitet. Profesjonalitet kan på sin side også gi assosiasjoner til en væremåte som er distansert og med lite følelsesmessig involvering. I følge Ramvi sitert i Orvik (2015, p. 123) kan et slikt skille mellom det profesjonelle og fornuftige og det mer personlige og følelsesmessige bli problematisk i det relasjonelle arbeidet mellom eksempelvis sykepleier og pasient. Der man tenker på det profesjonelle som noe rasjonelt så blir det å la seg styre av følelser regnet som noe uprofesjonelt. Ser man derimot på spørsmålet ut fra et psykososialt perspektiv så er ikke det det personlige og det profesjonelle to atskilte størrelser men to områder som komplementerer hverandre slik at det personlige og følelsesmessige blir en viktig kraft inn i det profesjonelle arbeidet. På en annen side kan fraværet av følelser og det personlige undergrave helsepersonellens muligheter til å utvikle sine relasjonelle ferdigheter og videre det å skulle gi omsorg.

I min oppgave er fokuset sykepleiere i hjemmesykepleien og dermed sykepleie som profesjon. Når Abbott (1988) beskriver profesjonskamp beskriver han hovedsakelig kamp mellom ulike profesjoner og deres jurisdiksjon. Likevel kan man se konturene av en annen "kamp", nemlig hvordan sykepleierne i hjemmesykepleien og de psykiatriske sykepleierne i ROP-tjenesten sliter med samhandlingen seg i mellom, på tross av at de tilhører samme profesjon.

3.3 Sykepleieteori

Sykepleieteori er et mangefasettert felt som inneholder flere ulike typer teorier og forklaringsmodeller for å forklare hva sykepleie er. Jeg har i denne oppgaven valgt å ta utgangspunkt i egenomsorgsteori for å forsøke å sette sykepleiernes arbeid med personer med ROP-problematikk i en kontekst.

I følge Dorothea Orems egenomsorgsteori kan man se på sykepleie som en erstatning for de helserelaterte aktivitetene pasienten selv ikke klarer å ivareta. Sykepleierens mål må derfor være å hjelpe pasienten til å bli uavhengig igjen i forhold til å kunne ivareta de helserelaterte aktivitetene. Orem deler teorien inn i tre deler; teori om egenomsorg, om egenomsorgssvikt og om sykepleiesystem (Kirkevold, 1998, pp. 128-129).

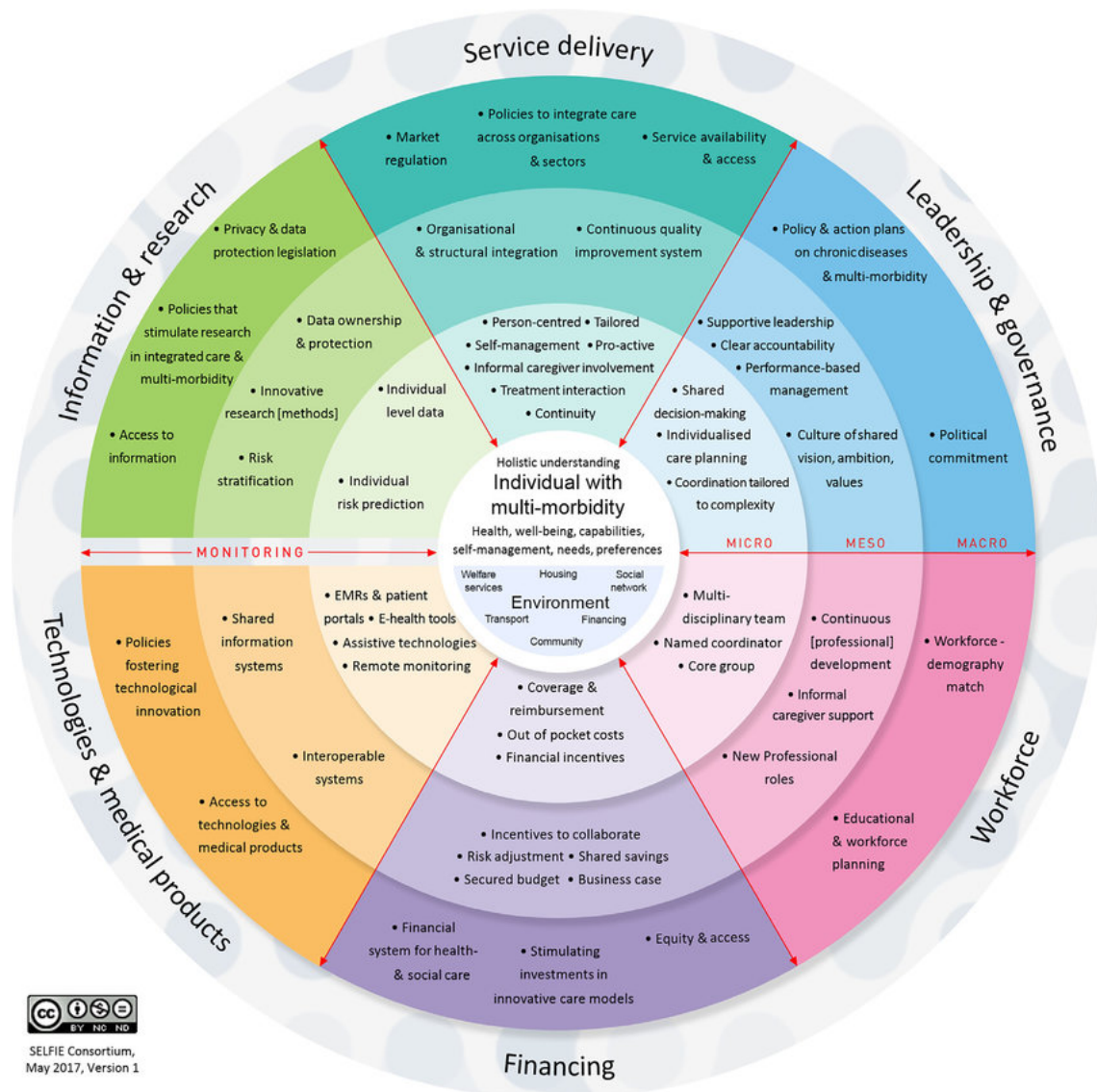
Orem peker på at mennesket må utføre egenomsorg for å opprettholde liv, helse og velvære, dette kaller hun omsorgskrav. Det finnes flere ulike omsorgskrav, disse er organisert under universelle krav, krav knyttet til helseavvik og terapeutiske egenomsorgskrav. En egenomsorgssvikt foreligger i følge Orem når personen opplever et misforhold mellom krav og kapasitet og personen får behov for sykepleie når verken han selv eller pårørende er i stand til å oppfylle egenomsorgskravene. (Kirkevold, 1998, pp. 130-132)

3.4 SELFIE-rammeverket for integrerte tjenester til personer med multi-morbiditet

Sustainable integrated chronic care models for multi-morbidity: delivery, financing and performance (SELFIE) var et Horizon2020 finansiert EU-prosjekt der målet var å bidra til å forbedre den personsentrerte omsorgen for mennesker med multi-morbiditet.

Prosjektet var et samarbeid mellom åtte europeiske land, blant andre Norge, der man skulle foreslå kunnskapsbaserte og økonomisk bærekraftige programmer for integrert omsorg som skulle stimulere samhandling på tvers av helse- og sosialfeltet, ledsaget av passende finansierings- og betalingsmodeller (Leijten et al., 2017).

I SELFIE-rammeverket blir personer med multi-morbiditet definert som en person med flere (minst to) kroniske lidelser, både somatiske og psykiske, som er tilstedeværende på samme tid og der ingen av disse er en kjent komplikasjon av de andre sykdommene (Leijten et al., 2017, p. 12). I en befolkning som stadig blir eldre øker andelen personer med multi-morbiditet raskt. Leijten et al. (2017) beskriver denne gruppen mennesker som sårbare, de kan oppleve nedsatt livskvalitet, redusert tilknytning til arbeidslivet, de har høyere dødelighet enn normalbefolkningen, de har økt sannsynlighet for å bli innlagt i sykehus og å oppleve lengre sykehusopphold. Multi-morbiditet er ikke bare knyttet til eldre mennesker; flere yngre personer opplever også å få flere, samtidige kroniske sykdommer. Jeg tar videre utgangspunkt i at personer med problemer knyttet til rus, psykisk og somatisk helse kan kalles multi-morbide. Mange opplever kroniske tilstander relatert til rus, psykisk og somatisk helse i tillegg til at de også opplever de samme utfordringene knyttet til integrering av tjenester som andre.



Figur 2: The SELFIE Framework for Integrated Care for Multi-Morbidity. Fra ”The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description” Leijten et al. (2017, p. 15)

Felles for alle aldersgrupper med multi-morbiditet er at de ofte trenger tjenester fra flere ulike tjenestetilbydere både i kommunehelsetjenesten og fra spesialisthelsetjenesten, noe som igjen stiller krav til organisering og samhandling mellom tjenestetilbyderne. Som man kan se ut fra figuren så er SELFIE-rammeverket et stort og omfattende arbeid som tar for seg de fleste aspektene rundt personer med multi-morbiditet og deres behov og oppfølging fordelt på seks områder og videre inndelt i makro-, meso og mikronivå.

Relatert til fokus for mitt prosjekt har jeg spesielt lagt vekt på områder innen ”tjenestetilbud”, ”lederskap og styring” og ”personell”.

3.4.1 Tjenestetilbud

Personer med multi-morbiditet må ofte håndtere ulike helsemessige og sosiale utfordringer slik at det er viktig å tilby fleksible tjenester som er tilpasset den enkeltes situasjon. I følge Leijten et al. (2017) er ofte en del av de integrerte tjenestene på mikro-nivå å støtte den enkelte person og pårørende sine muligheter til å delta slik at de kan være proaktive, motiverte og kan opprettholde sin autonomi. Personer med multi-morbiditet må ofte forholde seg til mange ulike tjenestetilbydere og ha behov for godt planlagte overganger mellom de ulike tjenestene og kontinuitet i tilbudet. Pårørende bør tas med i arbeidet rundt pasienten i den grad vedkommende ønsker og klarer og hjelpeapparatet må sørge for at den pårørende blir ivaretatt i sin rolle.

På et meso-nivå beskriver Leijten et al. (2017) hvordan integrasjon mellom det strukturelle og det organisatoriske kan legge til rette for integrerte tjenester. Personer med multi-morbiditet er ofte avhengig av et samarbeid mellom helse- og sosialsektorene. Dette kan være utfordrende da tjenestene ofte er utformet med tanke på å håndtere for eksempel somatisk eller psykisk sykdom og sosiale behov hver for seg. Det er et behov for kommunikasjon og samhandling på tvers av tjenestene, enten i form av formelle allianser eller mer uformelle samarbeidsavtaler.

3.4.2 Lederskap og styring

I følge Leijten et al. (2017) er fokus på samvalg der man diskuterer mål og måter å nå disse samt identifisering av problemområder og mulige løsninger viktig for å kunne tilby integrerte tjenester på et mikronivå. Det å forsikre seg om at tjenesteyterne, pasienten og de pårørende forstår hverandre er også et viktig moment og de ulike partene bør inkluderes i prosessen med mål om å bedre den enkeltes forløp og å opprettholde autonomien. Man bør lage en individuell plan med informasjon om mål og behandling, tidsaspekt, ansvar og evaluering (Leijten et al., 2017).

På et mesonivå beskriver Leijten et al. (2017) at et støttende lederskap som er forpliktet til klart definerte mål, som anerkjenner den enkeltes faglige autonomi og som de ansatte stoler på som viktig for å implementere integrerte tjenester til personer med multi-morbiditet. En leder som støtter en åpen diskusjon og som legger til rette for åpenhet i organisasjonen er viktig for å danne grunnlaget for samvalg og for å etablere en kultur der man jobber mot samme mål og har samme ambisjoner og verdier. Om de ulike tjenestetilbyderne skal kunne samarbeide på en god måte må de ulike tjenesteyterne ha

tro på samarbeidet, stole på hverandre og utvise en gjensidig respekt ovenfor hverandre. Leijten et al. (2017) advarer mot å utvikle tjenester til personer med multi-morbiditet som utelukkende er ytelsesbaserte da denne pasientgruppen ofte krever tjenester over en lang periode og av flere ulike tjenesteytere. Man bør heller forsøke å skape en kultur for kontinuerlig forbedring av tjenestene.

3.4.3 Personell

Arbeid med personer med multi-morbiditet krever tverrfaglige team satt sammen med personell som har komplementær kompetanse i forhold til den enkeltes behov. Leijten et al. (2017) skriver at det kan ta tid før det tverrfaglige teamet samarbeider optimalt om pasienten og at personen selv i tillegg til pårørende bør så langt det lar seg gjøre involveres i teamet. God kommunikasjon mellom pasient, pårørende og tjenesteyterne er viktig og man må være oppmerksom på at for mange profesjonelle samlet kan føre til at personen selv blir overvældet og ikke får en aktiv rolle i prosessen. For å unngå dette kan man organisere det tverrfaglige teamet som et lite kjerne-team og ha et større team utenfor som kan kalles inn ved behov. Klare roller og forventninger samt en koordinator for teamet er viktig.

På et meso-nivå vil fokus på kontinuerlig opplæring og utvikling av personell være viktig. I følge Leijten et al. (2017) kan dette deles i to områder; opplæring og trening av ”soft skills/myke ferdigheter” som kommunikasjon, samarbeid, relasjoner med pasienter og kollegaer, selvledelse og vilje til å lære og å endre seg. Av mer administrative oppgaver kan det være nødvendig å trene på å vurdere pasienten, arbeid med å utarbeide individuelle planer og å navigere i systemet. Man må også ha fokus på pårørende og hvordan disse kan inkluderes, støttes og gis opplæring. Planlegging av arbeidet, fordeling av arbeidsmengde, behov for opplæring og nødvendige ressurser til teamarbeidet er nødvendig. Arbeidsoppgavene og -mengden til både ansatte og pårørende må være bærekraftig også i det lengre løp. Et stadig økende økonomisk press på tjenestene kan føre til at man må utvikle nye roller eller flytte enkelte oppgaver over til spesialister.

4.0 METODE

4.1 Design/metodiske overveielser

Å velge en egnet forskningsmetode og -design er avgjørende for å kunne besvare de forskningsspørsmålene som er reist gjennom forskerens innledende interesse rundt et tema. Formuleringen av forskningsspørsmålet er i seg selv toneangivende i så måte, det være seg om spørsmålene skal besvares gjennom en kvalitativ eller kvantitativ tilnærming.

I følge Thagaard (1998) er et av formålene med kvalitative studier å oppnå en større forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fyldige data om enkeltpersoner og situasjoner slik at man kan tilstrebe å forstå virkeligheten slik den oppfattes av den enkelte. ”Kvalitative metoder søker å gå i dybden og vektlegger betydning, mens kvantitative metoder vektlegger utbredelse og antall” (Thagaard, 1998, p. 16). For å kunne besvare mine forskningsspørsmål falt valget derfor naturlig på et kvalitativt, eksplorerende forskningsdesign hvor den enkeltes opplevelser og fortellinger står sentralt for å kunne gi svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene.

I min studie har jeg valgt et semi-strukturert individuelt intervju som ble gjennomført via telefon som datainnsamlingsmetode. Et semi-strukturert individuelt intervju eller ”det kvalitative forskningsintervjuet” karakteriseres av en delvis strukturert tilnærming der temaene er fastsatt på forhånd men der rekkefølgen på temaer og herunder spørsmålene bestemmes underveis i intervjuet slik at man kan følge intervjupersonens fortelling (Thagaard, 1998). Intervjuguiden ble utformet ved hjelp av artikkelen ”Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide” (Kallio, 2016). Videre ble funnene analysert ved hjelp av Malterud (2012) sin *Systematisk tekstkondensering (STC)* som nærmere beskrevet nedenfor.

Videre forankret jeg oppgaven ut fra en fenomenologisk tilnærming da jeg skulle undersøke enkeltpersoners subjektive erfaringer og bevissthet. I fenomenologien settes den tidligere kunnskapen i parentes før man så retter et kritisk søkelys mot den subjektive erfaringen ”i lys av individets livsverden” og beskriver fenomenene så omhyggelig som mulig i relasjon til andre fenomener (Malterud, 2017, p. 29). Forskerens refleksjoner over egne erfaringer kan, i følge Thagaard (1998), danne et

utgangspunkt for forskningen. Dette gjorde seg relevant i forhold til min oppgave der egne erfaringer omkring samarbeid og informasjonsflyt rundt personer med ROP-problematikk var noen av årsakene til at jeg ville undersøke mer rundt temaene. I fenomenologien er det viktig at den som forsker er åpen for den enkeltes erfaringer slik at man klarer å forstå fenomener slik intervjupersonene ser dem. Fenomenologien er videre en viktig tilnærming til sykepleieforskning da den legger til rette for forskning der man, med utgangspunkt i den enkelte sykepleiers opplevelse av egen situasjon, kan være ”trofast mot sykepleierens ståsted og innta en kritisk holdning til etablerte ideologier” (Thagaard, 1998, p. 35)

4.2 Utvalg og rekruttering

Med utgangspunkt i problemstillingen jeg hadde valgt ble det naturlig å ta kontakt med ulike kommuner for å undersøke om de ønsket å delta i studien og om de hadde relevante informanter. Jeg rekrutterte derfor et strategisk utvalg basert på min problemstilling og de personene jeg tenkte at var hensiktsmessige å nå ut til for å belyse denne. Et strategisk utvalg beskrives i følge Thagaard (1998) som en gruppe mennesker som er valgt ut fordi at det er hensiktsmessig i forhold til problemstillingen. I kvalitativ forskning jobber man ut fra et helhetsperspektiv der ”enkelstående tilfeller betraktes som uttrykk for en større enhet” (Thagaard, 1998, p. 51), forskeren får relativt mye informasjon fra hver intervjudeltager noe som tilsier at utvalget ikke bør være for stort, men at man må ha en god strategi for rekruttering slik at utvalget gir svar på det man ønsker å vite mer om.

Jeg presenterte følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier til kommunene:

Inklusjonskriterier:

- Bachelor i sykepleie
- Jobber i hjemmesykepleien
- Yter hjelp til personer med ROP-problematikk jevnlig

Eksklusjonskriterier:

- Skal ikke ha videreutdanning innen rus og/eller psykisk helsearbeid
- Annen arbeidserfaring som tilsier økt interesse eller kunnskap om gruppen ut over grunnutdanningen.

Jeg startet med å rekruttere fra nærliggende kommuner til min egen bostedskommun. På grunn av covid-19-pandemien med et påfølgende stort utbrudd i de kommunene jeg hadde kontaktet så ble mange av de som jeg hadde opprettet kontakt med utilgjengelige over en lang periode. Jeg valgte da å utvide rekrutteringsområdet mitt til å gjelde hele Vestland fylke og tok kontakt med ledere for hjemmesykepleiegruppene i de 43 ulike kommunene via mail der jeg presenterte studien og spurte om relevante informanter. Jeg fikk til slutt tak i åtte informanter fordelt på to kommuner. I følge Kvale (2018) er det vanlig med 10 til 15 intervjuer i en vanlig intervjuundersøkelse, Thagaard (1998) på sin side beskriver at størrelsen på utvalget bør vurderes i forhold til et ”metningspunkt” – utvalget kan vurderes som tilstrekkelig stort når det å studere flere enheter ikke lenger virker å gi ny informasjon om det man ønsker svar på (Thagaard, 1998). Størrelsen på utvalget er også avhengig av hvor mange kategorier man skal undersøke. I denne studien skulle jeg se nærmere på sykepleiere og deres opplevelser og man fokuserer da bare på en kategori av sykepleiere – de som jobber i hjemmesykepleien. På bakgrunn av oppgavens omfang og tiden jeg hadde til rådighet valgte jeg å forsøke å rekruttere 8-10 intervjudeltagere og til sammen ble det foretatt åtte intervjuer våren 2021.

Jeg ønsket å rekruttere bredt innenfor inklusjonskriteriene med tanke på kjønn, alder, antall år i nåværende stilling og kulturell bakgrunn for å sikre størst mulig heterogenitet i utvalget; dette ble også beskrevet i informasjonsskrivet som ble sendt ut. Jeg ønsket i all hovedsak å ta kontakt med kommuner som jeg selv ikke hadde jobbet i for å sikre at informantene ikke hadde kjennskap til meg fra tidligere og dermed ikke hadde noen relasjon til meg ut over den i intervjusituasjonen men situasjonen rundt covid-19-pandemien gjorde dette mer utfordrende enn først antatt. Sykepleierne står i førstelinjen og har hatt en utfordrende arbeidshverdag det siste halvannet året preget av utfordringer og merarbeid relatert til håndtering av smitte, karantene og lignende. Dette har nok vært en medvirkende årsak til at rekrutteringsprosessen ble mer krevende enn først antatt.

Underveis i intervjuene kom det stadig frem informasjon om mer organisatoriske forhold som hadde innvirkning på sykepleiernes arbeidshverdag og på bakgrunn av dette så valgte jeg å inkludere også sykepleiere i mellomlederstillinger i studien. Mellomlederne ble intervjuet ut fra samme intervjuguide som de øvrige sykepleierne og kunne komme med ny og verdifull innsikt rundt spørsmålene i intervjuguiden fra et mellomlederperspektiv så vel som fra et sykepleierperspektiv.

Ut fra disse forutsetningene består utvalget i studien av åtte norske kvinner mellom 24 og 51 år fra to ulike kommuner i Vestland fylke. Alle intervjudeltagerne er offentlig godkjente sykepleiere og har arbeidet i sin nåværende stilling i alt fra ett til ti år, gjennomsnittet var 4,5 år. Syv av intervjudeltagerne hadde videreutdanning innen ulike retninger som akutt sykepleie, rehabilitering, geriatri, palliasjon, ledelse, praktisk pedagogikk og organisasjonspsykologi, tre av dem var mellomledere.

4.3 Datainnsamling

På bakgrunn av den pågående COVID-19-pandemien ble mulighetene til å reise rundt i de ulike kommunene for å utføre intervjuer ansikt til ansikt innskrenket, intervjuene ble derfor utført via oppringing på mobiltelefon.

Jeg utførte et semi-strukturert intervju basert på problemstillingen ”Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmetjenesten med det å skulle yte helsehjelp til pasienter med samtidige problemer knyttet til rus, psykisk helse og somatisk sykdom?”. For å utarbeide intervjuguiden brukte jeg Hanna Kallio, Pietilä, A-M, Johnson, M & Kangasniemi sin artikkel ”Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide” underveis. Arbeidet med intervjuguiden er her delt i fem deler; først finner man et forskningsspørsmål der man ser at intervju som metode passer for å besvare dette. I min oppgave var jeg ute etter sykepleiernes egne erfaringer og synspunkt og et semi-strukturert intervju ville passe godt til å gi den enkelte sykepleier rom til å fortelle om sine tanker rundt egen arbeidshverdag. Videre skal man i følge Kallio (2016) søke etter og bruke tidligere kunnskap i arbeidet med å utforme en foreløpig intervjuguide. Jeg søkte etter tidligere forskning som omhandlet sykepleiere i hjemmesykepleien sine opplevelser knyttet til det å skulle yte helsehjelp til personer med ROP-problematikk og jeg fant artikler som omhandlet blant annet sykepleierrollen, somatisk helse hos psykiatriske pasienter, holdninger hos helsepersonell og samarbeid. Videre utformet jeg en intervjuguide med temaene ”helsehjelp og somatisk helse”, ”sykepleierrollen i et tverrfaglig samarbeid” og ”det tverrfaglige samarbeidet” som jeg så piloterte sammen med en kollega som også er sykepleier i hjemmesykepleien. Etter noen små endringer kunne jeg presentere den ferdige intervjuguiden og denne er lagt ved som vedlegg 2.

I intervjuguiden starter jeg intervjuet med enkle spørsmål om intervjupersonens bakgrunn og hvor lenge de har jobbet i nåværende stilling. Dette spør jeg om før jeg

setter på opptak for å sikre anonymitet i henhold til retningslinjene fra NSD. Videre kommer jeg så inn på jobben i hjemmesykepleien først med fokus på pasientens helsehjelp og somatiske helse, videre med fokus på sykepleierollen i et tverrfaglig samarbeid og hva som kjennetegner sykepleiere i hjemmesykepleien som en aktør i arbeidet rundt personer med ROP-problematikk. Jeg spør så om intervjudeltageren kan beskrive personer med ROP-problematikk sin generelle helse, spesielt med tanke på fysiske tilstander som kan opptre hyppig og hvordan dette blir fulgt opp, hvordan behovet for helsehjelp blir vurdert og hvilke utfordringer man kan komme borti når man skal yte helsehjelp til denne gruppen mennesker. Videre spør jeg også om hva som kjennetegner sykepleiere i hjemmesykepleien som en aktør i arbeidet rundt personer med ROP-problematikk og litt rundt det tverrfaglige samarbeidet rundt pasientene. Avslutningsvis runder jeg av ved å spør om det er andre aspekter intervjudpersonen ønsker å si noe om. Intervjuet startes og avsluttes med spørsmål som ikke skal oppleves som belastende å svare på for intervjudpersonen, dette for å sørge for at intervjuet oppleves greit og at vi får snakket gjennom eventuelle mer krevende temaer på en ordentlig måte før intervjuet avrundes (Thagaard, 1998). Jeg la opp til hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål for å få en mest mulig flytende samtale.

4.4 Analyseprosesser

4.4.1 Transkribering

Før man kan begynne på de ulike analysetrinnene i STC må rådataene klargjøres for analyse. De åtte intervjuopptakene ble gjennomhørt og transkribert fortløpende etter at intervjuene var gjennomført. Transkriberingen var en tidkrevende prosess men likevel nyttig da man fikk ny innsikt i seg selv som intervjuer og styrker og svakheter i intervjusituasjonen. Jeg spolte frem og tilbake i opptakene for å i størst mulig grad få skrevet ordrett det intervjudeltageren sa, lyden var jevnt over god noe som gjorde arbeidet enklere. Jeg valgte å utelate pauseringer men inkluderte alt ut over dette, jeg endret dialekt til bokmål men beholdt enkelte beskrivende dialektord. Videre utelot jeg stedsnavn, navn på boliger og institusjoner ol. for anonymiseringen sin del. Til sammen ble det over 64 tettskrevne sider transkribert tekst med linjeavstand 1 for videre analyse.

4.4.2 Systematisk tekstkondensering

For å analysere dataene mine valgte jeg å benytte Kirsti Malteruds *systematiske tekstkondensering (STC)*. STC er delt inn i fire analysetrinn og var med sin oversiktlige

oppbygging et godt utgangspunkt for videre analyse med fokus på egen forforståelse og studiens validitet, reliabilitet og relevans.

Analysetrinn	
1	Foreløpige temaer (5-8) identifiseres ved første gjennomlesing
2	Foreløpige temaer danner grunnlag for forhandlinger om koder , som brukes som grunnlag for sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper . Kodene justeres og defineres i kodeprosessen.
3	Hver kodegruppe deles inn i subgrupper (2-3) som synliggjør ulike fasetter av innholdet i kodegruppen som virkemiddel for abstrahering ved hjelp av kondensat.
4	Kategorier (3-5) utvikles ved sammenfatning av det sentrale meningsinnholdet for hver av kodegruppene med utgangspunkt i kondensatene fra subgruppene. Dette danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapittelet.

Tabell 1: Begrepsbruk på ulike analysetrinn i STC. Fra ”Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag” av Kirsti Malterud, 2017, p. 112.

Foreløpige temaer	Kodegrupper	Subgrupper	Kategorier
Samarbeid	Samarbeid	<ul style="list-style-type: none"> • Organisering • Deling av informasjon • Diffust samarbeid 	Organisering av tjenestene
Helhetlig sykepleie	Helhetlig sykepleie	<ul style="list-style-type: none"> • Somatikk • Tusenkunstnerne • Koordinering • Hjemmesykepleien som observatør 	Helhetlig helsehjelp
Kompetanse	Kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> • Trygghet • Kompetanseheving 	”Trygging”
Å ikke strekke til	Å ikke strekke til	<ul style="list-style-type: none"> • Ressurser 	Å ikke strekke til

		<ul style="list-style-type: none"> • Hjelpeløshet • Relasjoner 	
Taushetsplikt			
Ressurser			
Relasjonsbygging			

Tabell 2: Oversikt over utviklingen av egen analyseprosess.

Intervjutekst (transkripsjon av lydfil)	Meningsbærende enhet	Kodegruppe	Subgruppe	Kategori
Jeg har fulgt noen av disse over tid, og man ser at de har en tendens til å røyke, de får KOLS, de har en tendens til å få en overvekt, sikkert som følge av medisinene og at de er lite aktive, sosiale, sant så det er jo disse høyt blodtrykk og slik komplikasjoner som følger med.	Mange røyker, de får KOLS, de har en tendens til å få en overvekt, de er lite aktive, sosiale, høyt blodtrykk og får slike komplikasjoner og livsstilsykdommer.	Helhetlig sykepleie	Somatikk	Helhetlig helsehjelp
De samhandler egentlig ikke med oss. Det spør oss ikke om noe, de spør oss ikke om vi skal gjøre noe sammen, hvis det er noe de vil vi skal gjøre så får	Lite samhandling og samarbeid mellom ROP-tjenesten og hjemmesykepleien. Får beskjed om hva som skal gjøres men er ikke med å	Samarbeid	Organisering Diffust samarbeid	Organisering av tjenestene

vi beskjed om at dette må dere gjøre men vi får jo ikke vite hvorfor eller hvor lenge eller hva de har tenkt med det.	utforme planer.			
---	-----------------	--	--	--

Tabell 3: Eksempel på analyse av intervjutekst

4.4.3 Helhetsinntrykk – fra villniss til foreløpige temaer

I første steg av analysen skriver Malterud (2017) at man skal sette seg godt tilbake og lese gjennom det transkriberte materialet i ro og mak mens man forsøker å legge sin forforståelse og trangen til å begynne å systematisere til side. Man skal forsøke å skaffe seg et helhetsinntrykk av innholdet i datamaterialet gjennom å lese transkriberingene og etter dette lage en oppsummering for å videre falle ned på noen foreløpige temaer (Malterud, 2017). Jeg satte meg derfor ned på kveldstid i ro og fred og leste gjennom hele materialet først for å få en oversikt, deretter fant jeg frem en skrivebok og satte i gang med å finne frem til noen foreløpige temaer jeg kunne starte analyseprosessen ut fra.

4.4.4 Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

Videre skal man i følge Malterud (2017) gå fra fugleperspektiv og ned i materien. Jeg hadde på dette tidspunktet veiledning der vi så på de foreløpige temaene og hvordan disse belyser problemstillingen. Gjennom veiledningen fikk jeg nye innspill til hvordan jeg skulle revidere de foreløpige temaene slik at jeg satt igjen med færre men mer presise temaer som grunnlag for kodegruppene jeg skulle bruke videre i analysen.

Videre begynte jeg å gå gjennom datamaterialet linje for linje for å identifisere de meningsbærende enhetene. De meningsbærende enhetene er setninger eller deler av setninger, korte eller lange, som på en eller annen måte har en relevans i det å skulle belyse de ulike kodegruppene (Malterud, 2017). Med kodegruppene som rettesnor begynte jeg så kodingsarbeidet. Jeg lagde et hjelpedokument, et for hver kodegruppe, og tok for meg intervju for intervju og kopierte tekst inn i de ulike hjelpedokumentene. Jeg identifiserte og sorterte alle de meningsbærende enhetene som var relevante under

gjeldende kodegruppe. Videre gikk jeg igjennom de meningsbærende enhetene på ny for å flytte eller ta bort de enhetene som ikke passer inn og for å gjøre de ulike kodegruppene mer robuste. I følge Malterud (2017) skal de ulike kodegruppene være gjensidig utelukkende og dermed også skille tekst som omhandler ulike aspekter ved de temaene man ønsker å finne ut noe om. Det å være fleksibel underveis, endre navn, gå tilbake og legge til eller ved nærmere ettertanke finne ut at noe egentlig ikke passet inn for så å ta denne delen bort er i følge Malterud viktig for å kunne utføre en grundig analyse og sitte igjen med mest mulig presise kodegrupper.

4.4.5 Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

På dette punktet i analysen er de meningsbærende enhetene sortert i fire kodegrupper. I følge Malterud (2017) skal man så gå videre inn i den enkelte kodegruppen for å se hvilke fasetter som skjuler seg der. Målet er å kunne dele hver kodegruppe inn i 2-3 *subgrupper* som så videre blir egne analyseenheter og som skal kunne ut i et *kondensat*. Etter å ha lest gjennom de meningsbærende enhetene under hver kodegruppe begynte jeg å se etter ulike sammenhenger i dataene og lagde etter hvert ulike subgrupper. Når subgruppene hadde fått foreløpige navn så lagde jeg på ny hjelpeskjema, et for den aktuelle kodegruppen og et for hver subgruppe. Videre sorterte jeg de ulike meningsbærende enhetene inn under hver subgruppe og fortsatte slik gjennom hele materialet. Når jeg så kom til slutten så satt jeg igjen med en del meningsbærende enheter som ikke umiddelbart hadde blitt sortert, disse gikk jeg gjennom på ny; noen passet inn under en av subgruppene og andre ble lagt til side. Jeg merket meg også på dette tidspunktet hvilke sitater som kunne være aktuelle å bruke videre og som på en beskrivende måte sa noe om innholdet.

Videre begynte jeg å skrive *kondensatene*. Et kondensat er i følge Malterud (2017) et særpreg for STC som analysemetode. Når man lager et kondensat skal man ta et av sitatene som man mener beskriver subgruppen spesielt godt for så å bygge videre på dette ved å sette inn tekst fra de øvrige meningsbærende enhetene under den aktuelle gruppen slik at disse passer sammen i en tekst på en mest mulig naturlig måte. Dette viste seg å være nok en god måte å finne ut om de ulike delene som nå skulle danne en tekst faktisk passet sammen; også her laget jeg meg et hjelpeskjema slik at jeg kunne klippe ut og samle sammen de enhetene jeg var usikker på. Jeg skrev kondensatene i jeg-form og forsøkte å holde innholdet så nært det informantene hadde fortalt som

mulig samtidig som at det ble et godt fungerende arbeidsnotat. Hvert konsentrat ble omtrent en side langt, noen kortere og noen lengre.

4.4.6 Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I fjerde og siste trinn av analysen skal vi så sette sammen bitene våre til en større enhet. I følge Malterud (2017) skal man nå vurdere om resultatene gir en gyldig beskrivelse av den sammenhengen de opprinnelig det var hentet fra. Først organiserte jeg kondensatene slik at de som tilhørte samme kodegruppe ble stående sammen før jeg videre lagde fire kategorier som ble overskrift til de analytiske tekstene utarbeidet fra kondensatene.

Jeg brukte Malteruds *gullsitater* til å beskrive og konkretisere innholdet i teksten. Da jeg hadde et svært rikt materiale valgte jeg å ha noen flere sitater med i teksten enn det Malterud i utgangspunktet legger opp til i sin analyse, dette for å la informantenes stemme ytterligere tre frem. Jeg skrev teksten som en tekst i tredjeperson der jeg sammenfattet de ulike fellestrekkene og variasjonene som intervjudeltagerne hadde kommet med og presenterte de ulike funnene som hadde kommet frem gjennom analysen av materialet.

Til slutt tok jeg en gjennomlesing av transkriberingsmaterialet opp mot de resultatene jeg hadde presentert i utkastet til resultatkapittelet. Malterud (2017) beskriver viktigheten av å validere de funnene man gjør og sikre at disse kan sees igjen i det opprinnelige materialet. Eksempelvis så er det viktig å merke seg hvor informasjonen kommer fra – er dette noe mange eller få har beskrevet – og ta disse vurderingene med seg videre inn i diskusjonen rundt studiens overførbarhet. Jeg gikk gjennom transkripsjonene på ny for å se om jeg hadde vært tro mot det intervjudeltagerne hadde sagt under intervjuene og om de slutningene jeg hadde kommet frem til i resultatdelen fremdeles sto seg i lys av hva informantene faktisk hadde fortalt.

4.5 Ethiske overveielser

Jeg meldte studien inn til NSD da utvalget mitt består av helsepersonell. Eventuell omtale av situasjoner som omhandler pasientkontakt er da anonymisert på bakgrunn av den enkelte sykepleiers taushetsplikt og jeg vurderte det derfor slik at jeg ikke trengte å søke REK. Prosjektet ble godkjent av NSD 30/11-20, se vedlegg 3.

Studien innebar å intervju sykepleiere om temaer som kan gå på egne og andres måte å utføre jobben sin på og hvordan tjenesteapparatet man er en del av fungerer i praksis. Dette kan for noen tenkes å oppleves krevende å snakke om og jeg informerte om at studien kun gjennomføres med informert samtykke og at samtykket til enhver tid kunne trekkes tilbake. Alle intervjupersonene er anonymisert i de ulike trinnene i prosessen og opptak, bakgrunnsinformasjon og kodenøkkel er oppbevart hver for seg. Jeg har også gitt de ulike intervjupersonene et kallenavn basert på hvilket nummer de er i rekken av intervju, disse kallenavnene kan knyttes opp mot kodenøkkel for å kunne finne igjen det opprinnelige navnet på intervjupersonen. Opptakene gjøres ved hjelp av elektronisk opptaker og opptakene samt transkriberingene skal lagres i programmet VeraCrypt på min datamaskin. VeraCrypt lager virtuelle, krypterte harddisker som er passordbeskyttet for å sikre konfidensialitet.

I følge Thagaard (1998) består intervjusituasjonen både av det som blir formidlet gjennom ord og det som uttrykkes gjennom kroppsspråk. Kroppsspråket kan formidle et annet budskap enn det intervjupersonen formidler med ordene sine. Når jeg da utførte mine intervju gjennom telefon så mistet jeg muligheten til å vurdere den enkeltes kroppsspråk i sammenheng med det som ble fortalt og jeg gikk glipp av muligheten til å spørre mer inngående rundt temaer der kroppsspråk og det som ble sagt kanskje ikke helt samsvarte. Intervjuer som blir utført gjennom telefon kan i følge Farooq (2015) oppleves mindre belastende for intervjupersonen da det er enklere for meg som intervjuer å ikke presse intervjupersonen unødvendig mye og dermed utsette vedkommende for belastning, det blir automatisk en større avstand. På en annen side kan jeg ha gått glipp av tegn i den enkeltes kroppsspråk som jeg burde ha oppdaget for å ivareta vedkommende best mulig før, underveis og etter intervjuet.

4.6 Validitet/gyldighet, reliabilitet/troverdighet

”Å validere er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet – hva er dette gyldig om, og under hvilke betingelser?” (Malterud, 2017, p. 192) Å validere forskningen er å kontrollere feilkildene. Alle forskningsprosjekter har ulike svakheter og jobben vår er å finne disse og sette lys på dem for å avklare de mulighetene og begrensningene som ligger i prosjektet. Videre skal vi avklare om de dataene man sitter med faktisk forteller oss noe om det vi i utgangspunktet ønsket å finne ut noe om, om metoden var egnet til å

gi svar på problemstillingen og hva så resultatene gir gyldig kunnskap om. (Kvale, 2018)

Det finnes flere måter å sørge for validitet og reliabilitet i kvalitativ forskning. I følge Malterud (2001) vil en forskers bakgrunn og posisjon innvirke på hva man ønsker å undersøke og hvordan vinklingen blir. Valg av metode, funnene som blir vektlagt og hvordan konklusjonene blir presentert er aldri tatt ut av kontekst og man må være klar over og adressere hvilken innvirkning dette har hatt for prosjektet. Min egen forforståelse har dermed vært et stadig tilbakevendende tema gjennom forskningsprosessen. Jeg er selv sykepleier og har jobbet i hjemmesykepleien og har vikariert i rus og psykiatritjenesten i samme kommune. Jeg har også lang fartstid i natt-tjenesten som på grunn av en lavere bemanning i større grad er inne i flere grupper innad i kommunehelsetjenesten. Jeg har på bakgrunn av dette valgt å intervju sykepleiere som jeg kjenner perifert men som jeg ikke har hatt noe tett arbeidsforhold til. Jeg er nok i stor grad farget av min interesse for faget rus og psykisk helse og utfordringer knyttet til samarbeidet rundt denne pasientgruppen i kommunen og har kommet frem til en problemstilling ut fra dette ståstedet.

Jeg benyttet et strategisk utvalg i rekrutteringsprosessen der jeg rekrutterte informanter ut fra hvilken gruppe jeg regnet med skulle kunne gi mest relevant informasjon for å kunne svare på problemstillingen. Når man velger å benytte et strategisk utvalg så må man også ta høyde for at de som svarte ja til å delta også kanskje var de som hadde mest engasjement omkring samarbeidet rundt denne gruppen personer og at andre med mindre engasjement kanskje hadde kunnet komme med en annen innsikt om de hadde deltatt. Videre opplevde jeg større vansker under rekrutteringen av intervjuedtagere enn det jeg først hadde forventet. Jeg rettet forespørselen om deltagelse til lederne for hjemmesykepleien i de ulike kommunene jeg ønsket å rekruttere fra men fikk som regel til svar at personer med ROP-problematikk ikke var noe hjemmesykepleien var borte i og at det var egne grupper som jobbet med disse.

I følge Graneheim and Lundman (2003) kan noen av tiltakene for å sikre validitet være at man sørger for at informantene representerer en bredde av erfaringer, perspektiver, samt kjønn og alder men i mitt prosjekt ble det likevel til at jeg kun klarte å rekrutterte norske kvinner. Denne gruppen kvinner gjenspeilte likevel et mangfold både i alder, antall år i nåværende stilling, utdanningsbakgrunn ut over sykepleierutdanningen og

ansvarsområde, og kan tenkes å vise en bredde innenfor kvinnelige sykepleiere i hjemmesykepleien i den enkelte kommune

I mitt prosjekt hadde jeg som mål å få frem sykepleierstemmen i samarbeidet rundt personer med ROP-problematikk, og med min bakgrunn og mitt fokus så kan det være at enkelte intervjudeltagere, spesielt de som vet hvem jeg er fra før, har svart på spørsmålene slik de tror at jeg ønsker at de skal gjøre. Likevel opplevde jeg at min forforståelse omkring stigma og betydningen dette hadde for måten den enkelte sykepleier møtte personer med ROP-problematikk på i hjemmesykepleien ikke var til stede i det intervjudeltagerne fortalte i særlig grad. Jeg var også spent på om mitt tidligere korte engasjement hos ROP-tjenesten skulle virke inn på de svarene jeg fikk omkring samarbeidet mellom hjemmesykepleien og ROP-tjenesten, men også her virker det som at den enkelte tilsynelatende har svart det som de selv mener er viktig å få frem.

Jeg har deltatt på masterseminar ved Universitetet i Stavanger i forhold til utvikling av problemstilling og forskningsspørsmål, samt presentasjon av tidligere forskning og teori og har fått gode innspill derfra. Jeg har også hatt et tett samarbeid med veileder som har bidratt med sine synspunkt og vurderinger gjennom hele prosessen både skriftlig og gjennom veiledningssamtaler over nett. I følge Malterud (2017) kan man ha stor nytte av å utsette materialet for andre blikk enn ens eget for å lettere kunne fange opp ulike nyanser av kunnskap fra andres perspektiv. Jeg har i stor grad jobbet med prosjektet alene og innspillene fra veileder har vært svært viktige for å belyse og diskutere aspekter jeg selv ikke har sett eller vært klar over. Dette har bidratt til at resultatene i sin tur er mindre subjektive og at prosjektets pålitelighet har blitt styrket.

Jeg gikk systematisk til verks ved å benytte en intervjuguide utarbeidet i form av et semi-strukturert intervju der alle ble stilt de samme spørsmålene samtidig som at det var rom for å endre rekkefølge og å ha en dialog underveis. Jeg brukte god tid på transkriberingene og spolte frem og tilbake til jeg var sikker på at hver intervjudeltager var sitert så korrekt som mulig. Jeg benyttet videre Malterud (2012) sin analysemetode *Systematisk tekstkondensering (STC)* for å sikre at dataene ble gjennomgått på en systematisert og vitenskapelig måte. Jeg har forsøkt etter beste evne å vise punkt for punkt hva jeg har gjort gjennom hele prosjektet slik at andre kan komme til samme resultat ved hjelp av samme intervjuguide og fremgangsmåte. Da jeg er en uerfaren forsker og dette var mitt første møte med intervju som metode kan det tenkes at en

annen forsker med mer erfaring enn meg selv i større grad hadde stilt gode oppfølgings spørsmål under intervjuene og i så måte hadde fått et rikere materiale og andre resultater enn det jeg fikk. I følge Kvale (2018) er det for få informanter i kvalitativ forskning til at resultatene kan generaliseres til å omhandle eksempelvis alle sykepleiere i hjemmesykepleien som yter helsehjelp til personer med ROP-problematikk, men resultatene kan i beste fall tenkes å synliggjøre ulike aspekter og utfordringer som man kan finne i skjæringspunktet mellom hjemmesykepleie, ROP-tjeneste og det tverrfaglige samarbeidet rundt den enkelte personen med ROP-problematikk.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet presenteres resultatene av datainnsamling og analyse. Hensikten med studien var å få kunnskap om hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien hadde med å yte helsehjelp til personer med ROP-problematikk. Resultatene presenteres som analytisk tekst der informantenes stemmer danner grunnlaget, og som direkte sitat hentet fra datamaterialet. Enkelte steder i teksten er ord satt i anførselstegn, dette er ord eller uttrykk som intervjudeltageren selv har brukt under intervjuene.

Jeg har benyttet systematisk tekstkondensering (Malterud, 2012) som analysemetode og funnene som videre presenteres er organisert under de fem kategoriene som fremkom gjennom bearbeidingen av data i analyseprosessen:

1. Helhetlig helsehjelp og velvære
2. Organisering av tjenestene – en fleksibel ”utfører”
3. Informasjonsbehov og taushetsplikt
4. Kompetanse og ”trygging”
5. Å ikke strekke til

5.1 Helhetlig helsehjelp og velvære

Når det somatiske gjorde seg gjeldende så ble ofte hjemmesykepleien en del av samarbeidet, for eksempel hvis personen med ROP-problematikk ble somatisk syk av en infeksjonssykdom, eller at de hadde hatt en sprekk og trengte tettere oppfølging i etterkant. Det var stort sett hjemmesykepleien i samarbeid med fastlegen som hadde ansvar for den somatiske helsen til de som var inne i systemet. Hjemmesykepleien

fulgte opp det somatiske gjennom fastlege og opp mot spesialisthelsetjenesten og det ble også samarbeidet med ROP-tjenesten i forhold til å kombinere besøk; eksempelvis en samtale og et sårstell.

Som sykepleier så er du jo veldig vant til at du skal gjøre veldig mye praktisk sant, så når du kommer på et tilsyn hos noen som har psykisk sykdom eller rusrelatert så er det ikke alltid det praktiske, det er like mye samtalen og dialogen og å få det der tillitsforholdet (...) vi har jo veldig fokus på somatikk sant, og så blir på en måte, denne gruppen faller mellom to stoler, hvertfall hos oss.

De fleste informantene beskrev personer med ROP-problematikk som en gruppe tjenestebrukere som ofte hadde utfordringer med å ivareta og å prioritere å ivareta sin egen helse. Dårlig økonomi, stigma, lite tiltro til behandlingsapparatet og frykt for ulike situasjoner var faktorer noen av informantene oppfattet kunne være grunner til dette. Dette kunne videre føre til vansker for hjemmesykepleierne og fastlegen med å komme i posisjon til å vurdere behovet for helsehjelp men også til å få utføre helsehjelpen.

Mange personer med ROP-problematikk slet med ulike livsstilssykdommer. Tobakksbruk og utvikling av KOLS, kreft, høyt blodtrykk, overvekt relatert til lite aktivitet og medisinbruk og utfordringer relatert til ernæring kunne være noen av disse. De var også oftere utsatt for å få problemer med tannhelse og infeksjonssykdommer relatert til rusbruk som for eksempel hepatitt og hud- og sårproblematikk. Flere opplevde smerteproblematikk. I følge sykepleierne er flere av disse sykdommene alvorlige og kunne kreve en del oppfølging fra hjelpeapparatet. Til tross for dette var det varierende hvor mye man fikk fulgt opp disse personene i forhold til den somatiske helsen og flere fortalte at hjemmesykepleien ofte opplevde å bli avvist.

En av informantene fortalte at mange av personer med ROP-problematikk hadde mistet mye av ressursene og evnen til å ivareta seg selv. De kunne trenge fokus på bo-trening og nettverksbygging. Noen av dem hadde behov for bistand og hjelp med struktur i hverdagen, og å holde det ordentlig hjemme, rydde og lage mat samt hjelp med å holde avtaler med fastlege og helsetjenesten. Hjemmesykepleien bidro ofte med dette mens miljøarbeider i ROP-tjenesten fulgte med til avtaler i tillegg.

Noen av sykepleierne fortalte om at manglende oppfølging hos lege eller tannlege kunne resultere i infeksjoner med smerter som konsekvens. Spesielt i forhold til tannhelse ble dette beskrevet, og man så også at økt smerteproblematikk kunne være med på å forsterke rusbruken. Sykepleierne opplevde at personen med ROP-problematikk kunne komme inn i en ond sirkel der smertene ble et problem som økte rusbruken. ”Det er ofte vanskelig å sette ord på hvilken smerte de kjenner på, er det fysisk eller er det psykisk smerte? Det er jo ikke alltid like lett å vite”.

Intervjudeltagerne fortalte at hjemmesykepleien ofte kom på banen i forhold til administrering av medisin, spesielt hvis dette skulle skje daglig. Sykepleierne kunne ha som oppgave å gi medisin, setter injeksjoner, observere i forhold til bivirkninger og å administrere LAR-medisiner for å nevne noe. Flere fortalte at hjemmesykepleien tok ansvar for det meste personen måtte trenge og som var praktisk mulig å få til i hjemmet. Dette kunne være blodprøvetagning og blodtrykksmåling, oppfølging av diabetes, støttesamtaler, sårstell og sårbehandling, stell, hjelp til dusj, matlaging og tilsyn. I hjemmesykepleien var det et stort fokus på somatisk sykdom, også hos denne gruppen. Flere av sykepleierne fortalte at personer med ROP-problematikk likevel ofte falt mellom to stoler både i kommunehelsetjenesten og hos spesialisthelsetjenesten. En forteller at de opplevde at sykehusene kunne ha problemer med å se helheten, eksempelvis ved at personen var innom sykehuset for en somatisk lidelse men raskt ble overført videre til DPS uten at det nødvendigvis var den psykiske helsen som var problemet. ”Det er så fort gjort det somatiske med dem på en måte, litt fort gjort og så ut igjen”. Det ble ofte vanskelig å ivareta helheten når sykehusoppholdene ble kortet ned. En fortalte at det kunne være vanskelig for personer med ROP-lidelse å nyttiggjøre seg korte og intense opplegg og at det dermed ble opp til instansene i kommunen å fange opp disse personene og sørge for at de fikk den hjelpen de trengte i samråd med fastlegen.

Sykepleierne i hjemmesykepleien ble ofte en observatører for de andre tjenestene rundt den enkelte og at hjemmesykepleien ofte ble en del av samarbeidet når personen med ROP-problematikk var såpass syk at han/hun ikke mestret hverdagen lenger på egenhånd. Sykepleierne som var innom hver dag og kanskje flere ganger om dagen hadde da en unik mulighet til å observere personen daglig i sitt eget hjem og plukke opp tegn på forverring, det være seg i forhold til rusbruk, psykisk eller somatisk helse.

Vi er jo inne i hjemmene deres, og man observerer jo mye i et hjem. Uten at man tenker så mye over det når man er der men så tenker man på det etterpå. At det er noe avvikende fra forrige besøk. Man kan se mye der.

Intervjudeltagerne vurderte at de var gode på å se hele mennesket og ha forståelse for at psykisk og somatisk helse hang sammen og at man må jobbe ut fra dette.

Å se hele mennesket, og se at det henger sammen; psykisk helse og fysisk helse. Det tror jeg kanskje sykepleierne er ganske gode på (...) jeg har ledd mange ganger av holistisk tenkning og alt sånt, men det er helt, man ser det hele veien.

Sykepleierne fortalte om flere situasjoner der for eksempel infeksjoner eller smerter spilte inn på hvordan den enkelte hadde det psykisk, men at man likevel prøvde å få til det sårstellet fordi at det er viktig for helheten på lengre sikt.

Et annet aspekt som kom frem i flere av intervjuene var hvordan personer med ROP-problematikk ble ivaretatt når de ble eldre. En fortalte at det ofte var de eldre som hadde flest somatiske utfordringer mens de yngre i størst grad slet med rusproblematikk. Det var som regel de personene med store psykiske vansker som var ROP-tjenestens ansvar, men når behovet for daglig medisint levering eller utfordringer knyttet til den somatiske helsen gjorde seg gjeldende så ble hjemmesykepleien i økende grad involvert. En av intervjudeltagerne fortalte at når personer med ROP-problematikk ble 67 år gamle så ble de regnet for geriatriske pasienter og dermed fikk de de samme tilbudene som befolkningen for øvrig; tilbud om omsorgsbolig og eventuelt sykehjemsplass. Flere fortalte at oppfølgingen fra ROP-tjenesten ble trappet ned i takt med økt hjelp fra hjemmesykepleien og at når personen flyttet inn i en omsorgsbolig eller inn på institusjon så var ROP-tjenesten ofte ute av bildet for godt. Informantene fortalte at det ikke føltes riktig at disse personene skulle inn i samme tilbud som alle andre og at kompetansen og ressursene ikke sto i forhold til det tilbudet disse personene egentlig hadde behov for. Noen beskrev også bygningsmessige utfordringer der både trygdebrukere, eldre og yngre pasienter, med og uten rus og psykisk helseproblematikk ble satt sammen i samme bolig.

5.2 Organisering av tjenestene – en fleksibel ”utfører”

Intervjudeltagerne i denne studien jobbet alle i små kommuner der oppfølgingen til personer med ROP-problematikk gjennom ruskonsulenter og psykiatriske sykepleiere

tilknyttet ROP-tjenesten i all hovedsak foregikk på dagtid i ukedagene. Ellers på døgnet og i helger, ferier og helligdager så var ikke ROP-tjenesten tilgjengelig og hjemmesykepleien tok over ansvaret. Intervjudeltagerne forteller at det stort sett var ROP-tjenesten som hadde hovedansvaret for personer med ROP-problematikk og at arbeidet som skulle gjøres av hjemmesykepleien som regel ble delegert derfra eller fra forvaltning og fastlege. Det var som regel ROP-tjenesten som har oppfølgingen opp mot spesialisthelsetjenesten foruten om det skulle skje noe akutt på kveld, natt eller helg.

De samhandler egentlig ikke med oss. (...)hvis det er noe de vil vi skal gjøre så får vi beskjed om at dette må dere gjøre men vi får jo ikke vite hvorfor eller hvor lenge eller hva de har tenkt med det. (...) Vi har på en måte et veldig diffust samarbeid vil jeg si. Det er ikke en sånn konkret plan på hver enkelt bruker.

Intervjudeltagerne fortalte om en gruppe mennesker som mottok en rekke tjenester. Flere hadde økonomiske utfordringer og fikk bistand fra NAV. Mange fikk rusbehandling i legemiddelasistert rehabilitering (LAR) og bistand fra spesialisthelsetjenesten i forhold til det. De fleste hadde oppfølging av psykolog og/eller psykiater, fra Distriktpsikiatrisk senter, ROP-tjenesten og fastlege. Mange hadde også bistand fra hjemmesykepleien i samarbeid med ROP-tjenesten. Sykepleierne i hjemmesykepleien opplevde at de var inn og ut av samarbeidet rundt den enkelte alt etter hva som trengtes, hva han/hun selv ønsket og hva man fikk til rent praktisk. Flere personer med ROP-problematikk hadde også støttekontakt eller turvenn.

Sykepleierne forteller videre om en organisering av tjenestene der hjemmesykepleien er den tjenesten som alltid er tilgjengelige og at de kunne bli brukt som en slags buffer for de andre tjenestetilbyderne. Det ble enkelt å legge oppgaver over på hjemmesykepleien på kveld helg og i ferier når de er allerede ”var på hjul”.

ROP kunne kanskje vært litt mer på banen, altså psykiatritjenesten, at de kanskje for en periode hadde tatt noen helgevakter da, eller en kveldsvakt, det savner vi litt. Vi føler jo litt at alt etter klokken fire i ukedagene er vårt ansvar.

I hjemmesykepleien var personer med ROP-problematikk en av mange andre pasienter og oppfølgingen sykepleierne i hjemmesykepleien kunne tilby ble deretter. En av

intervjudeltagerne fortalte at hun opplevde at ROP-tjenesten generelt sett hadde bedre kapasitet enn hjemmesykepleien, de la opp dagen selv, jobbet mer miljørettet og var tettere på personene over tid. Flere av intervjudeltagerne beskrev en hverdag der de fikk en beskjed om oppgaver som skulle utføres når arbeidet ble fordelt og at de ikke nødvendigvis oppfattet seg som en samarbeidende part. ”Vi er mye bare utførere, vi utfører det vi får beskjed om og gir rapport videre”. En fortalte om følelsen av skeivhet i maktfordelingen der det kunne virke som om ROP-tjenesten hadde en høyere posisjon enn hjemmesykepleien og gav beskjeder om oppdrag og oppgaver der etter. Flere savnet et bedre opplegg for samarbeidet mellom instansene i kommunen, blant annet ved å ha mer møtevirksomhet mellom gruppene.

Gjennomgående i alle intervjuene som ble gjennomført var fortellingene om en hjemmesykepleiegruppe som var svært fleksibel i sitt møte med en til dels uoversiktlig hverdag. Hjemmesykepleien er en stor og sentral del av hjelpeapparatet i kommunen og flere fortalte at de ble kontaktet av både ROP-tjenesten og fastlege i forhold til oppstart av tilsyn hos både kjente og ukjente personer med ROP-problematikk. I hjemmesykepleien la man ofte vekt på å utvise stor fleksibilitet og stille opp på kort varsel når det trengtes og flere ganger stilte man opp og utførte tilsyn samt tilbø helsehjelp før vedtaket var klart. Det kom frem i et av intervjuene at de kunne yte hjelp i 14 dager uten vedtak og at de ofte hadde oppstart og søknad om vedtak samtidig, fordi hjelpen trengtes der og da. ”Vi i hjemmesykepleien gjør jo alt som ingen andre gjør, det som ingen andre vil eller kan gjøre det gjør vi”. På grunn av sin fleksibilitet og at de er på jobb hele døgnet så opplevdes nok også hjemmesykepleien som en trygghet for de ulike pasientene i kommunen. En av informantene fortalte at de gangene en person med ROP-problematikk eksempelvis hadde stukket av for så å komme tilbake igjen på kvelden så var det til hjemmesykepleien de ringte. Hjemmesykepleien var ofte dem som plukket opp personen og hjalp ham videre. ”Jeg føler at når det brenner rundt oss så jobber vi godt, og vi kan hive oss rett i gang med å slukke”.

”Det er ikke så veldig mye samarbeid med psykiatrien føler jeg, de spør oss som regel ikke om vi skal gjøre noe sammen men gir en beskjed om hva det er vi skal inn å gjøre, ofte uten så mye begrunnelse, tidsperspektiv eller mål”. Mer samarbeid i form av å kunne snakke sammen, ha samarbeidsmøter, diskutere problemstillinger og å få ta del i utformingen av mål, deling av oppgaver og et mer likeverdig samarbeid etterlyses av

intervjupersonene. ”Per nå føles det ofte ikke som om hjemmesykepleierne har en stemme inn i det rådet liksom, at det er et enevelde i psykiatrien fremdeles”. Ved spørsmål om sykepleierne hadde fått informasjon om pakkeforløpene innen psykisk helse og rus svarte de fleste avkreftende til dette. To av sykepleierne trodde de hadde hørt om det gjennom egne kanaler men ingen hadde fått informasjon via arbeidsplassen.

5.3 Informasjonsbehov og taushetsplikt

Et aspekt som kom frem hos samtlige intervjudeltagere var frustrasjon i forhold til deling av informasjon. ROP-tjenesten hadde sin egen journaltype, ”psykiatrisk sykepleiejournal”, som verken leder eller sykepleierne i hjemmesykepleien hadde tilgang til å lese. Sykepleierne i hjemmesykepleien brukte som regel ”fellesjournal” eller ”sykepleiejournal”, førstnevnte kunne leses av alle yrkesgruppene mens sistnevnte var kun for sykepleierne. ROP-tjenesten skrev stort sett i sin egen psykiatrisk sykepleiejournal.

Intervjupersonene fortalte om utfordringer knyttet til manglende informasjonsutveksling. Når hjemmesykepleien tok over ansvaret for personer med ROP-problematikk på kveld, natt og helg så hadde de et stort ansvar i forhold til det å skulle yte tjenester til denne gruppen mennesker. Likevel hadde de ikke mulighet til å lese seg opp på hva som var journalført på den enkelte personen; notatene skrevet i psykiatrisk sykepleiejournal lå som grå og gikk dermed ikke an å åpne. ”Jeg skjønner ikke hvorfor det skal være så hemmelig (...) vi får ikke mulighet til å vite hva de har snakket om. Vi kunne jo ha videreført det.” Noen av intervjupersonene fortalte at denne problemstillingen hadde blitt tatt opp flere ganger med ROP-tjenesten uten at det hadde ført til endring. Noen ganger ble det skrevet et notat i fellesjournal der sensitiv informasjon ble utelatt, men dette skjedde sjelden og var personavhengig. Flere fortalte at de mistenkte at det ble en tilleggsbelastning for personene med ROP-problematikk at det kom personale som ikke var oppdatert på situasjon og status og dermed måtte belage seg på å stille spørsmål for å få informasjon.

Journalssystemet er i følge intervjudeltagerne bygget opp hierarkisk. Hjemmesykepleien har ikke tilgang til psykiatrisk sykepleiejournal men ROP-tjenesten har tilgang både til sykepleiejournalene og fellesjournalene som brukes i hjemmesykepleien. ”ROP-tjenesten kan lese alt som står skrevet i våre journaler, men vi får veldig lite innsyn i deres.” I noen av gruppene i hjemmesykepleien så var det stort sett sykepleiere som

gikk til personer med ROP-problematikk, hos andre var det ofte fagarbeidere og assistenter, likevel etterlyser flere av intervjupersonene at i det minste sykepleierne som sitter med ansvaret den enkelte vakt burde få innsyn i informasjonen på personen.

”Vi tåler jo å lese de belastende temaene vi og, så jeg skjønner ikke hvorfor de skal skjule det for oss når vi har taushetsplikt på lik linje som dem. Om ikke brukeren ønsker å utlevere seg og sitt så skal man kanskje ikke journalføre det heller?”

Intervjudeltagerne fortalte om en følelse av at ting ble holdt hemmelig og var taushetsbelagt. Når man la opp til et tverrfaglig samarbeid med felles arbeidsoppgaver så burde man også ha lik tilgang på informasjon. Det å skille psyke og soma vanskeliggjorde ønsket om å kunne tilby helhetlig helsehjelp til personer med ROP-problematikk. ”Det er dessverre enda noen vanntette skott mellom gruppene som ikke burde vært der (...) Vi er liksom i to forskjellige verdener.” Det å jobbe mot samme mål ble vanskeligere når man ikke hadde tilgang på lik informasjon og flere fortalte om uheldige og til dels risikofylte situasjoner som hjemmesykepleien hadde stått oppe i alene. Noen ganger var dette en risiko ”psykiatrien” visste om, men det kunne gå lang tid før hjemmesykepleien ble gjort oppmerksom på risikoen. Misforholdet mellom tilgjengelig informasjon og sykepleierens behov for trygghet gjorde at flere av de spurte fortalte at de kunne grue seg før tilsyn. Man kunne være redd for at man ikke hadde nok kunnskap om rus og psykisk helse, den aktuelle personen eller om miljøarbeid.

ROP-tjenesten hadde som tidligere nevnt kortere arbeidstid enn hjemmesykepleien og de kunne slå av telefonen når de gikk hjem. Det beskrives flere utfordrende situasjoner der hjemmesykepleien hadde fått bestilling på tilsyn hos hittil ukjente personer på et tidspunkt på døgnet som vanskeliggjorde muligheten til å kunne tilegne seg informasjon som ikke var tilgjengelig i journalsystemet; for eksempel ved å ta en telefon til ROP-tjenesten. I slike tilfeller kunne sykepleierne ønske at utfordringene til hjemmetjenesten hadde vært grundigere diskutert og at det tverrfaglige samarbeidet hadde blitt styrket.

I all den tid vi ofte bare får en bestilling fra lege, ja jeg føler jeg kan si bestilling når vi bare får beskjed om medisindeling eller matlaging og lite annet, og de på ROP sier at vi tar det på dagtid og dere tar det på kveld og helg, så føler jeg at

vi ikke har et samarbeid som fungerer og at vi ikke er tilstrekkelig rustet for det som kan komme.

Sykepleierne forteller at samarbeidet med ROP-tjenesten har blitt bedre den siste tiden men at de kunne tenkt seg noen flere møtepunkt for å kunne utveksle erfaringer, kunnskap og informasjon.

I noen av intervjuene kom det frem at rundt de personene som hadde individuell plan så var det også mer møtevirksomhet. Det var likevel ikke selvsagt at hjemmesykepleien tok del i disse møtene. Hos dem som hadde en godt fungerende kriseplan der hjemmesykepleien allerede hadde fått innsyn i krise- og tiltaksplaner var også der informasjonsflyten fungerte best. Det var ofte de som var hyppigst innlagt og mest utredet hjemmesykepleien fikk mest informasjon om. Flere måter for å bedre informasjonsflyten hadde blitt forsøkt uten at det hadde gitt nevneverdige resultater. Det ble fortalt at hjemmesykepleien på et tidspunkt fikk opprettet en ”blålysrolle” inn i ”psykiatrisk sykepleiejournal”. En ”blålysrolle” gir tilgang inn i journalen mot at denne innloggingen blir spesielt merket i loggen hos IKT, man må også begrunne innloggingen skriftlig. Intervjudeltageren fortalte at denne tilgangen varte i rundt en og en halv dag før den ble fjernet igjen med begrunnelse i at det var informasjon i de journalene som hjemmesykepleien ikke skulle ha innsyn i. Dette samtidig som at hjemmesykepleien og ROP-tjenesten hadde samarbeid rundt samme person eller at vedkommende hadde trygghetsalarm besvart av hjemmesykepleien.

Sykepleierne forteller at mangelen på informasjon gjør at det kan bli vanskelig å vurdere helsetilstand og risiko i forkant av tilsyn. Man har kanskje ikke tilstrekkelig informasjon til å kunne gjøre en adekvat vurdering av situasjoner som oppstår, noe som kan føre til merarbeid videre i hjelpekjeden. Alle instanser i samarbeidet rundt personer med ROP-problematikk er bundet av en lovregulert taushetsplikt.

Taushetsplikten hemmer oss noen ganger enormt. Så hadde vi vågd å spørre om ”kan vi snakke om dette til den som kommer her, er det lov, kan jeg dokumentere dette slik at de vet litt om det”? Så tror jeg vi hadde kommet mye lenger.

Ved spørsmål om samtykke og om personene med ROP-problematikk selv har blitt spurt om deling av informasjon til hjemmesykepleien så svarte noen av

intervjudeltagerne at de var usikre på om man egentlig samtykket til utveksling av informasjon når man skrev under på søknaden om kommunale tjenester. De var derimot sikre på at det ikke var vanlig praksis å spørre den enkelte person med ROP-problematikk om adgang til å dele informasjon. En av intervjudeltagerne fant frem et søknadsskjema om kommunale tjenester som var i bruk i den aktuelle kommunen, der fremkom det at den som samtykket bare gjorde dette til innhenting av informasjon til å kunne vurdere søknaden. Flere var enige om at man kunne ha spurt personen selv mens en av intervjudeltagerne var redd for at ikke alle ville forstå fullt ut hva et slikt samtykke innebar.

5.4 Kompetanse og ”trygging”

Intervjupersonene fortalte at arbeidssituasjonen ofte føltes mindre oversiktlig og gjorde den enkelte mer utrygg når man hadde tilsyn til personer med ROP-problematikk. Sykepleierne gikk ofte alene uten å vite hva som kom til å møte en bak døren. Noen fortalte at de prøvde å forberede seg og å være bevisst dette i forkant av tilsynet men at det var mange som grudde seg, spesielt i perioder der personen var mer ustabil i sin helsetilstand. En fortalte at man forsøkte å tilpasse det slik at den yngste delen av personalgruppen eller de av kollegaene som var mest uttrygge fikk slippe de tilsynene i perioder. ”Du må være litt tøff for å kunne håndtere og hanskes med det når det er ille.” Et annet aspekt som ble nevnt var hvilke andre personer aktiv rus kunne tiltrekke seg.

I følge intervjupersonene opplevdes det ofte mer uforutsigbart og krevende å yte hjelp til personer med ROP-problematikk da det ofte går på det emosjonelle og at man bruker seg selv på en annen måte enn hos mange andre. Det å få en voldsalarm i hånda før et tilsyn gjør noe med tankegangen din og det som skal gi trygghet kan også gi en negativ effekt i forhold til at man blir ekstra bevisst på hvor man er på vei inn. Flere av intervjupersonene fortalte om hvordan redsel påvirket måten man klarte å danne gode relasjoner på. I stedet for at praten flyter av seg selv så ble man ofte mer anstrengt. ”Når man er redd så gjør man ikke en god nok jobb og man lager ikke lett gode relasjoner inn mot disse så man blir på en måte anstrengt i forholdet når man skal inn å gjøre en jobb der”. De som var tryggere fikk ofte til en bedre relasjon og kunne komme inn på ulike tema og dra en tråd fra sist samtale. Mange følte på at personenes svingende stemningsleie og uforutsigbarheten dette medførte gjorde sitt til at man ikke følte seg kompetent eller at man lagde seg scenarioer på at dette var en utrygg og farlig situasjon.

En fortalte at selv om man opplevde å ha fått det greit til hos en person man hadde gått til tidligere så var ikke dette erfaringer man automatisk tok med seg videre inn i neste møte. Noen var redde for at det skulle oppleves som en trigger for personen at det kom noen inn som ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om ROP-problematikk.

Informantene forteller om lite fokus på rus i sykepleierutdanningen. En av informantene forteller at hennes første møte med rus var når hun fikk jobb i hjemmesykepleien. Flere etterlyser mer kunnskap og kompetanse i tillegg til økt tilgang på informasjon for å kunne tilby tilfredsstillende tjenester til denne gruppen. ”Jeg tenker at vi trenger mer kunnskap for å kunne hjelpe dem på en tilfredsstillende måte. (...) nå lærer man mens man går”. Noen fortalte at det var ulikt fra sykepleier til sykepleier hvor godt man klarte seg i arbeidet rundt personer med ROP-problematikk, noen var mer usikre og redde for å si noe feil mens andre fikk til en god relasjon og klarte å by på seg selv. Alle intervjudeltagerne savnet kompetanseheving i forhold til psykisk helse og rus da de opplevde at personer med denne problematikken var en økende gruppe i kommunehelsetjenesten. ”Alle sykepleierne i gruppen vår savner jo kompetanse både på psykiatri og rus for vi har jo mye ansvar på kveld og helg for disse ROP-pasientene, jeg tror vi alle liksom savner et kurs eller noe oppfølging”. Frykten var at konsekvensene av dårlig kompetanse gikk ut over personene med ROP-problematikk og deres tjenestetilbud.

Intervjudeltagerne forteller at de har hatt noe kompetanseheving på arbeidsplassen som for eksempel internundervisning med ROP-tjenesten, veiledning og ulike nettkurs man kan ta gjennom en kommunal læringsplattform. Flere fortalte at man opplevde det som nyttig og lærerikt med kompetanseheving mens en beskrev at det var lite engasjement rundt denne gruppen personer i hjemmesykepleien. ”Det er ikke så veldig mange som jobber i hjemmesykepleien nå som brenner for den gruppen”.

5.5 Å ikke strekke til

Flere av de intervjuede sykepleierne fortalte at de var vant til å gjøre mye praktisk når de var på tilsyn. Hos personer med ROP-problematikk stilte dette seg annerledes og de mellommenneskelige aspektene som relasjoner, kommunikasjon og det å skape et tillitsforhold var kanskje vel så viktig. En fortalte at mange med ROP-bakgrunn kunne

ha utfordringer i sin kontakt med andre mennesker og at daglige besøk av hjemmesykepleien kunne være en uvant situasjon. Det ble da viktig å opparbeide seg en allianse for å komme i posisjon til å få hjulpet dem. ”Det er ikke alltid de har så mange rundt seg men vi er innom hver dag, uansett.”

For flere av intervjupersonene kunne kommunikasjonen være krevende i møte med personer med ROP-problematikk. En beskrev at det å føle at man hadde en relasjon, at man ikke bare gikk inn og utførte oppgavene man var tildelt som en robot, var viktig. ”Det handler jo om å være flere støttepilarer rundt dette huset og dette mennesket og backe dem opp i livet”. Flere av sykepleierne framholdt at ressurser og tidsnød gjorde det vanskelig å bygge opp den tilliten som trengtes da tilsynene var korte og samtalene man hadde kunne bære preg av en overfladiskhet. En sykepleier fortalte at hun ikke nødvendigvis ønsket å spørre de samme spørsmålene som hun visste at alle andre spurte men på grunn av at hun var der i så kort tid så var det vanskelig å la være å snakke om ”vær og vind”. Hjemmesykepleien er en stor gruppe med mange ansatte i kommunen og selv om sykepleierne fortalte at man prøvde å begrense antallet som gikk til personer med ROP-problematikk så ble det fort ti til femten ulike personer. Noen nevnte økt stabilitet og kontinuitet som faktorer som kunne være med å forhindre at hjemmesykepleien ble så perifer for personene med ROP-problematikk.

Følelsen av å ikke strekke til ble beskrevet hos flere av intervjudeltagerne. Det å se at personen er svingende og gikk å ventet på timer og oppfølging samtidig som man selv gikk der hver dag og ikke følte at man hadde så mye å bidra med gjorde at mange følte seg hjelpeløse.

”Det kan jo bli litt en sånn vane og, at vi ser at dagene svinger veldig for disse brukerne, en dag så har de det greit og andre dager så har de det ikke bra og så blir det litt sånn ”jaja, vi får se i morgen igjen” og da har det kanskje blitt bedre, sant, så tar vi kanskje ikke helt tak i det da og så burde vi kanskje ha gjort det”.

Intervjupersonene visste ikke alltid hva man skulle gjøre for å kunne gi god nok hjelp og enkelte situasjoner kunne oppleves så krevende at mange følte at de ikke strakk til. ”Til slutt vil jeg bare rive meg i håret mens jeg venter på at de skal få hjelp et annet sted”. Ofte var det personer med et stort hjelpebehov hjemmesykepleien fikk på listene

sine og en fortalte at hun følte at de bare ble utlevert til dem og at man bare skulle finne en måte å hjelpe dem på.

Flere beskrev situasjoner der personen man va på tilsyn til hadde det så vanskelig at det var utfordrende for sykepleieren å reise videre, eller at sykepleierne ble oppringt flere ganger i timen fra personer som hadde det tøft. Fellesnevneren var at man i hjemmesykepleien egentlig ikke hadde mulighet til å bruke mye ekstra tid på tilsyn eller å besvare telefonen flere ganger i timen, selv om dette kunne være med på å trygge den enkelte. De hadde som regel mange andre pasienter og tilsyn som ikke kunne utgå og det å skulle reise videre når fortvilelsen var stor gjorde arbeidshverdagen vanskelig og preget av dårlig samvittighet. ”Ofte føler vi oss litt hjelpeløse (...) av og til så føler du deg bare helt lost”. Personene med ROP-problematikk var ikke alltid mottakelige for den hjelpen og de forslagene sykepleierne i hjemmesykepleien hadde å komme med og en beskrev at man ofte ikke følte seg god nok og at man hadde vondt i magen når man gikk fra tilsynet. Noen beskrev situasjoner der personene med ROP-problematikk ikke ønsket den hjelpen hjemmesykepleie og fastlege kunne tilby dem og at man kunne komme i en skvis, eksempelvis i forhold til administrasjon av medisiner. ”Vi har brukere som legen sier at vi kan risikere å bare finne og at vi ikke kan gjøre noe med det; de har ”valgt” det selv og det er lov å ta dumme valg. De er ikke umyndiggjort og da må det gå som det går.” Når situasjonen rundt personen er vanskelig og fastlåst så beskriver intervjupersonen at hun må tenke på at det faktisk er begrenset hva hun egentlig kan gjøre når vedkommende ikke ønsker hjelp. En beskriver at man kan oppleve at man kan bli redd for å involvere seg i de ulike sakene, at man holder dem litt på avstand for sin egen del siden man ofte føler at man blir oppbrukt.

Noe av det som oppleves vanskelig for intervjupersonene var mangelen på tid og ressurser til å kunne yte en hjelp som føltes tilstrekkelig. Noen av de intervjuede etterlyste muligheten til å vedtaksfeste samtale tid slik at man hadde hatt mulighet til å bruke lenger tid hos dem der en medisnutlevering ikke alltid var en medisnutlevering. Hos noen var dette allerede prøvd ut i tillegg til at man hadde avklart forventinger rundt tidsrammen for tilsynet og begrensede muligheter for å overskride denne. Intervjudeltagerne fortalte at avklarte rammer rundt tilsyn hadde letnet sykepleiernes samvittighet men at det var usikkert om det har gjort hverdagen enklere for personene med ROP-problematikk.

6.0 DISKUSJON

6.1 Metodediskusjon

6.1.1 Rekruttering

Slik som tidligere beskrevet så opplevde jeg en del utfordringer i rekrutteringsprosessen. Noe av dette kan tilskrives korona-pandemien og de utilsiktede utfordringene dette skapte i forhold til både redusert tilgjengelighet til forskningsfeltet rent fysisk men også grunnet økt arbeidsbelastning hos personene jeg ønsket å rekruttere. Jeg hadde kontakt med mange hyggelige mellomledere som gav videre informasjon om studien og oppfordret ”sine” sykepleiere til å delta men med lite respons. Jeg hadde først et snevert område jeg ønsket å rekruttere i fra men utvidet etter hvert til de 43 kommunene i nye Vestland fylke, likevel vedvarte rekrutteringsvanskene.

Jeg opplevde også at det var veldig ulikt fra kommune til kommune hvordan tjenestene til personer med ROP-problematikk var organisert og mange av kommunene jeg var i kontakt med kunne fortelle at de hadde egne team som ivaretok disse. I de kommunene som hadde en slik organisering fikk jeg inntrykk av at hjemmetjenesten ikke var i kontakt med denne gruppen mennesker i det hele tatt, verken på dag, kveld, natt eller helg. Jeg har ikke noe videre informasjon om organiseringen av disse teamene i form av arbeidstid eller yrkesgrupper involvert men jeg tok meg likevel i å stusse over svarene jeg fikk. Er det virkelig slik at sykepleierne i hjemmesykepleien aldri møter personer med ROP-problematikk eller blir jeg her presentert for en slags gullstandard for hvordan organiseringen *skal* være? Jeg fikk naturligvis ikke snakket med sykepleierne i de kommunene dette gjaldt da de ikke falt inn under inklusjonskriteriene for studien min men jeg undres likevel over svaret jeg fikk. Personer med ROP-problematikk er en gruppe mennesker som kan ha behov for langvarig hjelp fra flere instanser, det å da på papiret utelukke sykepleierne i hjemmesykepleien sin kompetanse inn i dette samarbeidet både med tanke på den tilgjengeligheten disse har som døgnbasert tjeneste men også deres særskilte kompetanse i forhold til somatikk kan virke lite fremtidsrettet, særlig med tanke på den kunnskapen man i senere tid har fått i forhold til denne gruppens somatiske belastninger (Drag, 2020; Granamo & Knutstad, 2021; Helsedirektoratet, 2018; Karlsson & Kim, 2015).

6.1.2 Telefonintervju

Jeg valgte på grunn av praktiske hensyn relatert til COVID-19-pandemien å utføre alle intervjuene per mobiltelefon. Det å utføre intervjuer per telefon har både sine fordeler og ulemper og ofte blir telefonintervjuer sett på som det mindre attraktive alternativet til ordinære intervjuer gjort ansikt til ansikt (Novick, 2008).

Ulemper med telefonintervjuer kan være at man ikke kan nå alle grupper via telefon, at man mangler visuelle hint underveis i intervjuet og at intervjudeltageren kan bli distraheret av omgivelsene rundt seg. Fordelene på sin side er at telefonintervjuer er tids- og kostnadsbesparende i forhold til tradisjonelle intervjuer og man kan rekruttere deltagere fra et større geografisk område (Novick, 2008). Telefonintervjuer kan også være med å sørge for at maktbalansen mellom intervjueren og intervjupersonen jevnes ut ved at intervjupersonen opplever å ha mer kontroll over samtalen og dermed kan styre denne mot et tema som føles viktig for vedkommende å få fortalt noe om. Man kan også gjennom en telefonsamtale i større grad gardere seg mot visuelle bias som alder, status, og fysisk fremtoning hos både intervjupersonen og intervjueren (Farooq, 2015). Intervjudeltagerne kan under et telefonintervju føle seg mer avslappet og dermed også snakke mer fritt og det sosiale presset på den enkelte kan derfor oppleves mindre. (Novick, 2008)

I mitt arbeid opplevde jeg det å kunne velge telefonintervju som er klar fordel, både med tanke på situasjonen rundt pandemien men også for å kunne rekruttere innenfor et større område enn først planlagt. Jeg skrev i informasjonsskrivet innledningsvis at intervjuet ville bli utført ved hjelp av telefon eller andre videoløsninger som ”Teams” eller lignende men av de jeg spurte angående dette så virket det som om de fleste var mest komfortable med telefon.

I forskning rundt telefonintervjuer, spesielt i eldre artikler, så settes det spørsmålsteget ved gyldigheten til intervjuer foretatt over telefon, både med tanke på hvilken gruppe man når men også hvordan hele intervjusituasjonen blir når denne foregår med telefonen som et bindeledd mellom intervjuperson og intervjuer. Mitt inntrykk fra eget prosjekt er at de fleste i den aldersgruppen jeg rekrutterte fra forholder seg til både egen mobiltelefon samt telefoner på arbeidsplassen og at mobiltelefonen har fått en stor plass i den enkelte persons liv både privat og profesjonelt. Min opplevelse er derfor at det å

intervjue gjennom mobiltelefon var noe som gjorde intervjusituasjonen trygg og avslappende for intervjupersonene i større grad enn det skapte avstand.

6.1.3 Forskning på eget fagfelt

Som tidligere nevnt hadde jeg i utgangspunktet sett for meg å intervjue personer i andre kommuner enn der jeg selv jobber slik at intervjupersonene ikke hadde noe videre kjennskap til meg som yrkesperson. Når da rekrutteringen ble mer utfordrende enn først tenkt så ble det også enklere å rekruttere personer som jeg kjente til perifert i egen kommune da jeg kunne ta kontakt med disse direkte etter å ha avtalt med mellomleder i forkant.

Det å skulle forske på eget fagfelt, i dette tilfellet personer med samme yrkesbakgrunn som meg selv i samme kommune, kan skape noen utfordringer. I følge Thagaard (1998) kan en forsker med forhåndskunnskaper om intervjupersonens situasjon ha et særlig godt grunnlag for å forstå og gjenkjenne de fenomenene som studeres. Måten man tolker dataene vil da skje i relasjon til egne erfaringer og man må derfor passe på at man ikke overser de erfaringene som ikke samsvarer med ens egne. Å være åpen for nyansene i det man studerer er viktig. Som tidligere nevnt i metodekapittelet deltok jeg på to masterseminar der jeg presenterte mitt foreløpige arbeid for medstudenter og fikk innspill fra disse i tillegg til at veileder har vært involvert i analysearbeidet underveis. Dette sammen med pilotering av intervjuguiden før intervjuprosessen tar til og en bevissthet rundt egen forforståelse er viktige virkemidler for å minske påvirkningen fra bias og sikre transparens i oppgaven.

I min studie var jeg spent på hvordan intervjupersonene skulle besvare spørsmålene i intervjuguiden når mange av den visste om min bakgrunn og interessefelt knyttet til rus og psykisk helse. Jeg opplevde likevel at intervjupersonene svarte på spørsmålene ut fra egne meninger og forutsetninger og det kom flere ganger frem momenter som var nye for meg og som satte min forforståelse på prøve. Likevel kan man i følge Thagaard (1998) alltid stille spørsmålstegn ved hvem det er som deltar i studien og om disse er spesielt engasjert i eller har en opplevelse av å mestre egen situasjon godt og derfor ikke har noe i mot innsyn fra en forsker. Jeg tenker at dette kan gjelde både enkeltpersoner som valgte å takke nei men også de kommunene som ikke ble med grunnet organisering; hadde disse deltatt så hadde kanskje resultatene også vært annerledes.

6.1.4 Systematisk tekstkondensering, STC

Jeg valgte å benytte Malterud (2012) sin metode for dataanalyse – systematisk tekstkondensering, STC - i analysen av intervjuene. Begrunnelsen for valget ligger i min begrensede kunnskap og erfaring med analysearbeid på dette nivået og dermed et behov for en analysemetode med høy grad av struktur. Min veileder rådet meg til å se nærmere på STC og jeg valgte så å benytte denne i videre arbeid med oppgaven. Jeg opplevde at Malteruds strukturerte oppbygging av analyseprosessen og måten man utførte denne steg for steg var noe som passet min måte å arbeide på. Denne strukturerte inndelingen har i stor grad sørget for at analyseprosessen ble grundig og transparent og har styrket oppgavens validitet.

Jeg har likevel valgt å fravike fra Malteruds metode i bruken av sitater. Der Malterud benytter få men gode ”gullsitater” har jeg i samråd med veileder tatt meg den frihet å sette inn noen flere enn anbefalingen tilsier, dette for å vise frem et datamateriale som opplevdes svært rikt.

6.2 Resultatdiskusjon

Intervjuene gav rike data omkring mange ulike temaer. Jeg vil først sammenfatte hovedresultatene for så å diskutere disse organisert under de fem kategoriene som kom frem i analyseprosessen.

6.2.1 Resultater – hovedtrekk

Det somatiske ansvaret for personer med ROP-problematikk tilfalt hjemmesykepleien især når hjelpebehovet ble mer omfattende. Hjemmesykepleien var ofte på tilsyn og fungerte i tillegg som en slags observatør for de andre yrkesgruppene i samarbeidet. Det kunne være utfordrende å komme i posisjon til å yte forsvarlig helsehjelp hos den enkelte og personer med ROP-problematikk falt ofte mellom to stoler både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet mellom ROP-tjenesten som var dagarbeidende og med et hovedansvar og hjemmesykepleien som var tilgjengelig hele døgnet men med et delegert ansvar, kunne være utfordrende. Sykepleierne i hjemmesykepleien følte seg mer som utførere enn som en samarbeidende part og etterlyste ett mer likeverdig tverrfaglig samarbeid. Sykepleierne fortalte videre om en frustrasjon i forhold til deling av informasjon og et hierarki i journalsystemene som førte til at det kunne være vanskelig å få tilgang på nok informasjon om personer med ROP-problematikk. Personer med ROP-problematikk kunne gjøre sykepleierne utrygge,

spesielt i utfordrende perioder eller ved aktiv rus. Flere beskrev at utryggheten kunne gå ut over relasjonene og at det å jobbe med personer med ROP-problematikk kunne arte seg forskjellig fra andre pasientgrupper; at det gikk mer på relasjoner, kommunikasjon og tillitsforhold og mindre på de praktiske oppgavene. Kommunikasjonen kunne ofte være krevende og manglende ressurser og tidsnød vanskeliggjorde det å bygge relasjoner. Sykepleierne etterlyste mer kunnskap og kompetanseheving og flere møtepunkt mellom de ulike tjenesteyterne.

6.2.2 *Helhetlig helsehjelp og velvære*

Funnene fra intervjuene viser at personer med ROP-problematikk kan ha utfordringer med å prioritere og å ta vare på egen helse noe som igjen kunne føre til mange og sammensatte somatiske helseutfordringer. Intervjudeltagerne fortalte om utfordringer knyttet til både livsstilssykdommer og sykdommer relatert til et liv med rus. I følge forskning har personer med problemer knyttet til rus og/eller psykisk lidelse nesten 20 års kortere levetid enn normalbefolkningen; ofte relatert til dårligere tilgang til helsetjenester og kroniske sykdommer som ellers kan forebygges og behandles (Dickens et al., 2019; Drag, 2020; Skarstein & Tanum, 2021; M Storm et al., 2020).

Smerteproblematikk var noe flere av intervjudeltagerne fortalte om, spesielt i forbindelse med tannhelseproblemer og infeksjoner. De opplevde da at man kunne komme inn i en ond sirkel der smertene økte behovet for rusmidler, men at årsaken til smertene ikke alltid var noe personen med ROP-problematikk klarte å forholde seg til og gjøre noe med. Det ble da vanskelig for sykepleierne å vite hva som var hva, fysisk eller psykisk smerte. I følge Li et al. (2012) hadde sykepleiere på sykehus gode kunnskaper om toleranseutvikling og hyperalgesi men hadde middels til lav kunnskap om smertelindring av pasienter med en opioidavhengighet. Flere hadde også svart at de følte seg manipulert og ikke alltid trodde på denne gruppens smerteuttrykk.

Spørsmålene i min intervjuguide tok ikke for seg temaene rundt smertelindring eksplisitt men intervjupersonene fortalte likevel om en usikkerhet omkring ”hva som var hva” når pasienten gav uttrykk for smerter. Dette kan kanskje sees på som en usikkerhet rundt pasientens smerteuttrykk og bruk av ulike kartleggingsverktøy for å i større grad kunne vise til objektive mål på smerte over tid hadde kanskje vært et nyttig redskap for smertevurdering også i kommunehelsetjenesten.

Gjennom intervjuene kom det frem at det i stor grad var sykepleierne i hjemmesykepleien i samarbeid med fastlegen som hadde ansvaret for den somatiske helsen til de personene der hjemmesykepleien var en del av det tverrfaglige samarbeidet. Sykepleierne kom ofte inn i samarbeidet i forbindelse med daglig medisinutlevering eller ved en forverring i den somatiske helsetilstanden og de bidro med samtaler, bistand i hjemmet og å holde orden i forhold til avtaler i tillegg til andre sykepleieoppgaver. Sykepleierne hjalp personene med ROP-problematikk å opprettholde de helserelaterte aktivitetene der den enkelte ikke selv klarte å ivareta disse (Kirkevold, 1998).

I følge Leijten et al. (2017, p. 17) vil det være viktig å tydeliggjøre rolle og ansvarsoppgaver for alle involverte for å sikre et godt samarbeid. Sykepleiernes somatiske og relasjonelle kompetanse og deres ”somatiske grunnpakke” blir i følge Granamo and Knutstad (2021) både lagt merke til og verdsatt av de andre yrkesgruppene. Sykepleierne selv etterlyste i større grad en avklaring av roller og arbeidsoppgaver i det tverrfaglige samarbeidet. Det ble beskrevet at sykepleierne hadde et stort behov for å hjelpe, kanskje litt i overkant stort, noe som kan tyde på at sykepleierne kan være usikre på egen rolle og arbeidsoppgaver. (Granamo & Knutstad, 2021; Karlsen, 2009a). Sistnevnte kommer også frem i egne intervju der flere av sykepleierne fortalte om en følelse av frustrasjon og å ikke strekke til når de ikke fikk gjort det de selv mente var en tilfredsstillende jobb rundt personer med ROP-problematikk.

6.2.3 Organisering av tjenestene – en fleksibel ”utfører”

Personer med ROP-problematikk mottar ofte tjenester fra mange ulike tjenesteytere. I intervjuene kom det frem at det i stor grad var hjemmesykepleien som tok over når de andre tjenesteyterne ikke var tilgjengelige da de fleste andre i samarbeidet rundt pasienten var dagarbeidende. Hjemmesykepleien med sin døgnbaserte organisering fungerte ofte som en buffer frem til neste virkedag og sykepleierne fortalte at de kunne oppleve å fungere som en slags observatør for de andre yrkesutøverne. Som Granamo and Knutstad (2021) beskrev i sin artikkel var sykepleierne ofte på tilbudssiden når det kom til å hjelpe pasientene og at de også kanskje kunne strekke seg vel langt. Sykepleierne fortalte om episoder der de hadde utført oppgaver de var forespurt fordi at pasienten trengte det der og da og uten at det var tilrettelagt noe mer ut over at

forespørselen var kommet. Dette kunne føre til at man sto oppe i situasjoner som var mer krevende enn det man hadde sett for seg og som kunne forsterke følelsen av å være ”utførere” og ikke en samarbeidende part. Sykepleierne har, i kraft av sin profesjon, fokus på å se hele mennesket og legge til rette for god helse både somatisk og psykisk men også i miljøet rundt den enkelte. Denne iboende helhetlige tankegangen, fleksibiliteten i tjenesten og en organisering der mye av arbeidet blir delegert fra andre kan skape en forventning både hos dem selv men også fra de andre yrkesgruppene om at sykepleierne kan ordne opp i det meste og at det er enkelt å sende dem ”innom” på et tilsyn.

Leijten et al. (2017) beskriver viktigheten av godt samarbeidende tjenester på tvers av de ulike sektorene og yrkesgruppene for å kunne tilby individuelle, integrerte tjenester. Noen av de intervjuede sykepleierne beskrev en skeivhet i maktforholdet mellom sykepleierne på sin side og de psykiatriske sykepleierne i ROP-tjenesten på den andre siden der sykepleierne i hjemmesykepleien ofte fikk beskjed om oppdrag og oppgaver som skulle utføres uten å selv være med å innvirke på dette i særlig grad. Abbott (1988) skriver at profesjonens kunnskap og praktiske ferdigheter gir den kontroll over sitt område – også kalt jurisdiksjon. Det er denne kontrollen over jurisdiksjonen og gitte arbeidsoppgaver som kan betegnes som grunnpilaren for den enkelte profesjonen. Funnene fra intervjuene peker på at det kan være et uavklart spenningsforhold mellom sykepleierne i hjemmesykepleien og de mer spesialiserte sykepleierne i ROP-tjenesten. Når Abbott beskriver sine teorier om profesjoner og profesjonskamp så skriver han om prosesser som har sitt utspring *mellom* profesjoner. En sykepleier og en psykiatrisk sykepleier er begge del av samme profesjon, men jeg tror mye av spenningen mellom disse to gruppene kan finnes i spesialiseringen som de psykiatriske sykepleierne har tatt. Som ansatt i ROP-tjenesten har man en annen og mer selvstendig måte å jobbe på; jobben utføres i normalarbeidstid, det er færre ansatte og man har et større koordinerende ansvar for personene med ROP-lidelse der de kommer i tettere kontakt også med de andre yrkesgruppene i det tverrfaglige samarbeidet. Psykiatrisk sykepleie kan ikke sees på som en egen profesjon atskilt fra sykepleie men om man legger Orvik (2015) sine kriterier for profesjoner til grunn så kan man på mange måter se på psykiatriske sykepleiere som ”mer profesjonelle” enn sykepleiere uten tilleggsutdanning. En psykiatrisk sykepleier har et faglig ansvar for en gruppe som

enklere lar seg definere enn det sykepleierne i hjemmesykepleien har, hjemmesykepleiernes faglige ansvar blir mer generelt og dermed også vanskeligere å gi en tydelig definisjon på. Dette kan skape en ujevnhet i maktbalansen gruppene imellom. Flere av sykepleierne som ble intervjuet sa at de savnet et godt fungerende samarbeid mellom de ulike aktørene rundt personene med ROP-problematikk. Hjemmesykepleien burde være en samarbeidspartner og en støtte for ROP-tjenesten for å kunne ivareta personer med ROP-problematikk i hjemmet, men sykepleierne opplevde det ikke slik på intervjuetidspunktet.

Intervjudeltagerne beskrev et behov for et sterkere tverrfaglig samarbeid med mer møtevirksomhet, mer fokus på å snakke sammen på tvers av profesjoner, mer innsyn og mer fokus på hjemmesykepleien som en aktør i det tverrfaglige samarbeidet. Det er en svakhet i helsetjenesten at det mangler arenaer for utvikling og deling av kunnskap mellom de ulike tjenestetilbyderne. (Hummelvoll, 2016) Helsepersonell har lite opplæring i forhold til overføring av pasienter mellom de ulike tjenestenivåene. (M. Storm, Siemsen, Laugaland, Dyrstad, & Aase, 2014) Personer med multimorbiditet må ofte forholde seg til mange ulike tjenestetilbydere både i forhold til somatikk, psykisk helse og i sosialsektoren noe som kan få konsekvenser for tilgangen til helsehjelp for denne gruppen (Leijten et al., 2017). Godt planlagte overganger mellom de ulike tjenestenivåene, koordinering og integrering av helsetjenestene og kontinuitet i tilbudet vil være viktig for å sikre lik tilgang til helsetjenester. Samarbeid og deling av informasjon og kunnskap, også med pasient og pårørende, er spesielt viktig ved overføring mellom tjenestenivåene. (M Storm, 2018; M Storm et al., 2020).

6.2.4 Informasjonsbehov og taushetsplikt

Gjennom alle intervjuene kom frustrasjon over journalsystem og informasjonsutveksling frem som noe som vanskeliggjorde samarbeidet rundt personer med ROP-problematikk. Det ble fortalt om et hierarki i journalsystemet som gjorde det vanskelig for sykepleierne i hjemmesykepleien å tilegne seg relevant informasjon i de tilfellene der mye av oppfølgingen og dermed også journalføringen ble utført av ROP-tjenesten. ROP-tjenesten journalførte stort sett i ”psykiatrisk sykepleierjournal” samtidig som de også hadde tilgang til ”sykepleiejournal” som hjemmesykepleien benyttet. Sykepleierne i hjemmesykepleien hadde ikke tilgang til journalene i ”psykiatrisk sykepleiejournal”. De fleste sykepleierne syntes dette var en praksis som

gav lite mening og som vanskeliggjorde samarbeidet ved å skape usikkerhet, frustrasjon og en følelse av hemmelighold. Flere sykepleiere fortalte om situasjoner der man hadde vært utsatt for risiko uten at man visste om det og uten at denne informasjonen hadde kommet frem til hjemmesykepleien før etter lang tid, også flere år. Slike opplevelser skapte utrygghet, det kunne bli vanskeligere å gjøre gode vurderinger, det skapte merarbeid og en følelse av å stå utenfor samarbeidet. Ved spørsmål om personer med ROP-problematikk selv var blitt spurt om å samtykke til deling av informasjon svarte intervjudeltagerne avkrefte til dette og at dette ikke var noe de hadde tenkt på eller tatt stilling til. Det å dele kunnskap mellom tjenestetilbyderne i det tverrfaglige samarbeidet vil være viktig både for selve samarbeidet og for personen som skal motta tjenestene. Man må skape en fellesskapsfølelse (Hummelvoll, 2016). Samtykke og sikker håndtering av opplysninger legges til grunn for dette (Leijten et al., 2017).

I følge Abbott (1988) har den enkelte profesjon kontroll over sine arbeidsoppgaver og jurisdiksjon og vil kjempe for å opprettholde dette. Tar vi så utgangspunkt i at sykepleiere og psykiatriske sykepleiere er to ulike profesjoner i et tenkt scenario så kan man argumentere for at de psykiatriske sykepleierne har kontroll over området ”rus og psykisk helse” og at man dermed har en jurisdiksjon i form av *underordning* mellom de psykiatriske sykepleierne og sykepleierne, ikke ulikt det man ser mellom leger og sykepleiere på området ”medisinsk behandling”. Når da ROP-tjenesten ser at de, grunnet ressurser knyttet til bemanning og arbeidstid, trenger bistand fra hjemmesykepleien for å kunne utføre en økende mengde arbeidsoppgaver så skjer dette ved at man opprettholder kontrollen over området ”rus og psykisk helse” og dermed skaper en underordnet hjemmesykepleietjeneste som preges av å være ”utførere”. Man burde i større grad tilstrebe en *teigdeling* der man deler på ansvaret og der sykepleierne hadde hatt ett tydeligere ansvarsområde i samarbeidet (Orvik, 2015).

Informasjonsutveksling er en av grunnpilarene for å kunne tilby helhetlig og individuelt tilpasset helsehjelp, samt for å kunne sikre gode overganger mellom ulike tjenestenivåer og koordinering av tjenestene (Leijten et al., 2017). En standardisering av rutinene rundt informasjonsutveksling mellom tjenesteyterne i det tverrfaglige samarbeidet kan redusere kostnader og tiden man bruker på kommunikasjon mellom gruppene samtidig som man kan bedre informasjonsutvekslingen (M. Storm et al., 2014). I følge Gade Rolland (2020) har utviklingen i tjenestene innen psykisk helse ført til at flere og flere

som trenger hjelp skal få denne i sin hjemkommune. Dette stiller krav til organiseringen av det tverrfaglige samarbeidet.

6.2.5 *Kompetanse og ”trygging”*

”Trygging” var et dialektord mange av intervjupersonene brukte under intervjuene. Det å skulle ”trygge” noen vil si å legge til rette for at den enkelte sykepleier eller pasient skulle føle seg trygg.

For noen av sykepleierne kunne møtet med personer med ROP-problematikk føre til utrygghet og en følelse av uoversiktighet, spesielt i perioder med mye rus. Dette kunne føre til at sykepleierne kjente på et ubehag og en usikkerhet rundt hva som ville møte dem ”bak døren” i form av eksempelvis utagerende og uoversiktelig atferd eller det å skulle møte på andre personer tilknyttet rusmiljøet. Det ble beskrevet at det i perioder var de eldste og mest erfarne sykepleierne som tok på seg de tilsynene som opplevdes mest belastende og at de sykepleierne som var yngre eller som var mer utrygge fikk slippe om dette var praktisk mulig. Denne måten å tenke på personer med ROP-problematikk på som risikable og en selv som sårbar blir beskrevet også i Peckover and Chidlaw (2007). Dette kan vanskeliggjøre det å se personer med ROP-problematikk som sårbare mennesker som trenger omsorg, og kan føre til manglende behandling eller underbehandling (Skarstein & Tanum, 2021).

Flere artikler beskrives sykepleiere og sykepleierstudenter sin usikkerhet og frykt for det ukjente i møte med personer med ROP-problematikk. Det beskrives at mange har dannet seg et bilde på forhånd og kan føle på en utilstrekkelighet og mangel på kontroll i møtet med psykiatrien (Karlsen, 2009b; van Boekel, Brouwers, van Weeghel, & Garretsen, 2013). Dette er noe av det sammen som enkelte av sykepleierne i beskriver i intervjuene og Karlsen poengterer viktigheten av å motta veiledning for å få hjelp til å forstå de situasjonene man opplever i et faglig perspektiv slik at man videre kan bearbeide dem og la dem bli stående som en erfart, faglig lærdom. En av mellomlederne beskrev en utfordring i forhold til sykepleiernes måte å tilegne seg erfaringskompetanse rundt personer med ROP-problematikk på og forklarte at selv om man hadde lyktes i en situasjon så var det ikke noe automatikk i at man tok dette med seg videre til neste møte. Mangel på veiledning og møteplasser mellom fagpersonene i det tverrfaglige samarbeidet kan tenkes å spille inn på dette, sykepleierne i hjemmesykepleien blir i stor grad stående alene med å skulle forstå og lære av sine opplevelser og erfaringer. I følge

van Boekel et al. (2013) kan ferdighetstrening, tid, organisering og kollegastøtte spille positivt inn på helsepersonells selvtilitt og tilfredshet rundt det å tilby tjenester til personer med ROP-problematikk.

Sykepleierne fortalte at det å yte helsehjelp til personer med ROP-problematikk ofte gikk mer på det emosjonelle og dermed kunne være mer psykisk krevende. Både en følelse av utrygghet og et behov for å beskytte seg selv førte til at det kunne være vanskelig å komme i posisjon til å tilby helsehjelp. Det å være redd i møtet med et annet menneske gjør noe med måten man danner relasjoner på. Sykepleiernes utrygghet blir ikke bare er en utfordring for dem selv men også for utførelsen av sykepleie og det å skulle yte helhetlig helsehjelp (Peckover & Chidlaw, 2007; Skarstein & Gade Rolland, 2021). Det å oppleve pasientene som farlige og at det dermed kunne innebære en risiko for sykepleierne å skulle tilby helsehjelp kunne føre til at man beskyttet seg selv, kortet ned besøkstiden, gikk to personer og hadde korte, oppgavefokuserede besøk der man fikk ”jobben gjort”. Dette gikk igjen ut over sykepleiernes mulighet til å bli kjent og at man ikke opplevde å få et personlig engasjement rundt pasienten. Faren for å overse viktige helsemessige aspekt ved en slik tilnærming økte og det kunne videre ha konsekvenser for samarbeidet med pasientens, pasientens selvfølelse og utfallet av behandlingen (Peckover & Chidlaw, 2007; van Boekel et al., 2013). I følge Sorsa (2019) kan refleksjoner rundt egen praksis og maktforhold i relasjonene være med å skape færre fordommer; det å se den andres sårbarhet og å vise aksept for den andres liv kan føre til større grad av medfølelse, åpenhet og empati og minske faren for fordommer hos helsepersonell.

Funnene fra intervjuene peker på at det er et stort ønske og behov for kompetanseheving i forhold til rus og psykisk helse hos sykepleierne i hjemmesykepleien og ønsket om og viktigheten av kompetanseheving går igjen i flere studier (Leijten et al., 2017; Melby, Ådnanes, & Kasteng, 2017; Skarstein & Gade Rolland, 2021). Flere var redde for at for lite kunnskap om rus og psykisk helse skulle kunne føre til at de kom til å ”trigge” noe og at dette kunne føre til situasjoner som var uheldige både for dem selv og personen med ROP-problematikk. Fokuset på kurs og kompetanseheving i ”fredstid” ble beskrevet som lavt og flere av sykepleierne følte at de hadde for lite kompetanse til å ha et så stort ansvar på kveld, natt og helg. Flere var redde for at de skulle overse viktige endringer i pasientens helsetilstand. I Peckover and

Chidlaw (2007) beskrev sykepleierne en manglende kunnskap omkring pasienter med rusproblematikk. Dette førte til at man satte andre yrkesgrupper i sentrum for arbeidet rundt pasienten, og seg selv i periferien. Sykepleiernes kunnskap om kroppen og relevansen og nytten dette har for pasientene og praksis er ofte lett å konkretisere og de praktiske sykepleietiltakene ble ofte sett på som en måte å etablere kontakt med pasientene. Likevel ser mange sykepleierne på sin egen rolle som organisatorisk uavgrenset, uklar, delvis flytende og vanskelig å definere (Granamo & Knutstad, 2021; Karlsen, 2009a). Det å fokusere på kompetanseheving og kursing i forkant av at situasjoner oppstår samt å konkretisere sykepleiernes rolle ville kanskje virket positivt inn på sykepleiernes syn på seg selv og sitt bidrag inn i det tverrfaglige samarbeidet.

6.2.6 Å ikke strekke til

Funnene fra intervjuene peker på at sykepleierne i stor grad var praktisk orienterte i sin tilnærming til pasientene men at i arbeidet rundt personer med ROP-problematikk så var de mer mellommenneskelige tilnærmingene vel så viktige. Det å bygge en allianse med den enkelte krevde fokus på relasjoner og kommunikasjon slik at man kunne komme i posisjon til å utføre helsehjelp. Flere sykepleiere fortalte at dette kunne være krevende, spesielt med tanke på ressurser – man hadde ofte fulle lister med lite tid til overs. Gade Rolland (2020) peker i sin artikkel på mangel på ressurser, personell og kompetanse til å kunne tilby tilstrekkelig oppfølging til disse pasientene etter at mye av ansvaret har blitt overført til kommunene. Leijten et al. (2017) beskriver viktigheten av opplæring og utvikling av personell både innen myke ferdigheter og mer administrative oppgaver for å kunne gi multi-morbide pasienter et helhetlig tjenestetilbud der planlegging og tilstrekkelig med ressurser til teamarbeidet vil være nødvendig.

Hjemmesykepleien er en stor og viktig del av tjenestetilbudet i kommunen og har mange ansatte. Noen av sykepleierne fortalte at det fort ble ti til femten ”faste” som gikk til personene med ROP-problematikk og at de ofte ble oppfattet som perifere. Hjemmesykepleien gikk ofte til personer med et omfattende hjelpebehov og mange kjente på dårlig samvittighet og fortalte at de kunne gå fra tilsyn med vondt i magen. Nesten alle intervjudeltagerne beskrev en følelse av å ikke strekke til og at mangel på kontinuitet og stabilitet kunne ytterligere vanskeliggjøre arbeidshverdagen. Personer som er svingende, som oppleves som vanskelige å hjelpe og som går å venter på oppfølging i spesialisthelsetjenesten fikk mange av sykepleierne til å føle at de ikke

strakk til. Det å ikke komme i posisjon til å hjelpe kan skape frustrasjon og hjelpeløshet hos helsepersonell (Peckover & Chidlaw, 2007; Sorsa, 2019). og en intervjudeltager beskrev det som at man til slutt ble redd for å involvere seg og at man heller holdt de mest krevende personene med ROP-problematikk litt på avstand for sin egen del. Flere sa at de ikke følte de hadde verken tid eller kunnskap til å gi personer med ROP-problematikk den hjelpen de etter egen mening burde ha.

Intervjupersonene adresserte også ulikheten mellom hjemmesykepleien og ROP-tjenesten og at ROP-tjenesten arbeidet mer selvstendig og hadde mulighet til å lage egne lister og avtale tilsyn på egenhånd. Hjemmesykepleien forholder seg fremdeles til lister som i liten grad gir mulighet til å kunne bruke mer tid på et tilsyn enn det som er avsatt. Mangel på tid og ressurser kan skape utfordringer i møte med pasienten, for det tverrfaglige samarbeidet og for å kunne skape helsetjenester som er helhetlige og likeverdige i møte med alle pasientgrupper. Videre kan mangel på møteplasser og kunnskap om hverandres profesjonsutøvelse utfordre samhandlingen mellom helseprofesjonene og det tverrfaglige samarbeidet og skape et spenningsforhold mellom de ulike tjenestetilbyderne (Gade Rolland, 2020; Leijten et al., 2017; Vik, 2018).

Det hersker liten tvil om at sykepleierne i hjemmesykepleien har en viktig funksjon i oppfølgingen til personer med ROP-problematikk i kommunene. Sykepleie til pasienter med ROP-problematikk er noe mer enn å la seg fascinere av det psykiske, det handler om å forebygge og lindre plager og komplikasjoner relatert til somatisk risiko ved langvarig sykdom, gi omsorgsfull og helhetlig pleie og å bygge opp under den enkeltes grunnleggende behov (Fause, 2019; Granamo & Knutstad, 2021; Karlsen, 2009a; *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 2019).

7.0 KONKLUSJON

Denne studien har undersøkt sykepleiere i hjemmesykepleien sine erfaringer omkring det å yte helsehjelp til personer med samtidige problemer knyttet til rus, psykiske helse og somatisk sykdom. Resultatene peker mot at sykepleierne opplevde at de hadde mye ansvar for denne gruppen uten at dette nødvendigvis ble gjenspeilet i organiseringen av arbeidet og anerkjennelse av sykepleiernes rolle i samarbeidet.

Det tverrfaglige samarbeidet kunne til tider oppleves utfordrende. Vansker rundt informasjonsflyt mellom tjenestetilbyderne og innhenting av samtykke, hierarkisk oppbygging av journalsystemene som kompliserte det å skulle innhente nødvendig informasjon og en opplevd skeivhet i maktfordelingen var alle faktorer som utfordret sykepleiernes rolle og som kunne skape usikkerhet og en følelse av utenforskap. Et tettere tverrfaglig samarbeid med mer fokus på organisatoriske forhold, veiledning og kompetanseheving ble etterlyst.

Andelen personer med problemer knyttet til rus, psykisk helse og somatisk sykdom med oppfølging i kommunene øker. Funnene fra studien peker på at det var få felles arenaer der de ulike tjenestetilbyderne kunne snakke sammen, lite kurs og kompetanseheving og at arbeidet ofte kunne bære preg av at sykepleierne var ”utførere” av oppgaver for andre. Dette er alle faktorer som kan gi konsekvenser for måten man klarer å møte personer med ROP-problematikk sine sammensatte behov på.

Det å legge til rette for et godt fungerende tverrfaglig samarbeid der tjenestetilbyderne har avklarte roller, oppgaver og får brukt sin kompetanse målrettet og på en meningsfull måte vil gi positive ringvirkninger for den enkelte arbeidstaker, det tverrfaglige samarbeidet og for personen som skal motta tjenester. Man bør legge til rette for en fellesskapsfølelse innad i gruppen der fokus på å jobbe mot samme mål og å ha en godt definert rolle- og arbeidsfordeling med innsikt i hverandres fagfelt og arbeidsoppgaver må danne grunnlaget for samarbeidet. Skal man gi personer med ROP-problematikk den helhetlige, integrerte helsehjelpen de trenger og har krav på så må man legge til rette for flere ressurser, økt kompetanse og økt satsing på det tverrfaglige samarbeidet i kommunehelsetjenesten.

7.1 Implikasjoner for praksis

På bakgrunn av funnene fra studien anbefales følgende:

- Økt fokus på å bygge opp det tverrfaglige samarbeidet i kommunen i form av møtevirksomhet og fokus på felles møteplasser og plattform.
- Øke muligheten for kurs og kompetanseheving.
- Definere sykepleiernes rolle og ansvarsområde i samarbeidet.
- Innarbeide rutiner for spørsmål om samtykke til deling av informasjon.
- Økte ressurser må følge økt ansvar.

7.2 Videre forskning

Studien omhandler åtte, kvinnelige sykepleiere fra to distriktskommuner sine opplevelser med det tverrfaglige samarbeidet rundt personer med ROP-problematikk og hva som kan påvirke dette. Det kan tenkes at man hadde kommet frem til andre og mer robuste funn om man hadde rekruttert et større og mer heterogent utvalg. Organisering innad i kommunen og kommunens beliggenhet kan også tenkes å innvirke på resultatene og videre forskning på et større antall kommuner burde gjennomføres.

Videre kunne det vært interessant å rekruttert intervjudeltagere fra andre deler av det tverrfaglige samarbeidet for å undersøke deres opplevelser og dermed gi et tydeligere bildet av hvordan samarbeidet fungerer fra ulike faglige perspektiv. Det å få inn brukerperspektivet og undersøke personer med ROP-problematikk sin opplevelse av å motta hjelp fra det tverrfaglige teamet i kommunen hadde også kunne gitt verdifull innsikt og bør undersøkes videre.

LITTERATURLISTE

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions - An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicao: The Unversity of Chicago.
- Almvik, A., & Borge, L. (Eds.). (2014). *Å sette farger på livet. Helhetlig psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dickens, G. L., Ion, R., Waters, C., Atlantis, E., & Everett, B. (2019). Mental health nurses' attitudes, experience, and knowledge regarding routine physical healthcare; a systematic review of studies involving 7,549 nurses working in mental health settings. . *BMC Nursing*.
- Drag, S. (2020). Lancet-kommisjonen: Psykisk syke dør tidligere enn andre, og av sykdommer det er lett å behandle. (20/6-21). Retrieved from <https://rop.no/aktuelt/psykisk-syke-dor-tidligere-enn-andre-og-av-sykdommer-det-er-lett-a-behandle/>
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp* (2 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Farooq, M. B. (2015). *Qualitative telephone interviews: Strategies for success*. Paper presented at the 18th Annual Waikato Management School Student Reseach Conference 2015, Waikato.
- Fause, Å. (2019). Hva er sykepleie i psykisk helse- og rustjenesten? *Sykepleien*(2019/107). Retrieved from <https://sykepleien.no/forskning/2019/03/hva-er-sykepleie-i-psykisk-helse-og-rustjenesten>
- Gade Rolland, E. (2020). Borte bra, men hjemme best. *Sykepleien* (1/20). Retrieved from <https://sykepleien.no/2020/02/sykepleien-12020-alle-skal-hjem>
- Granamo, A. L., & Knutstad, U. (2021). Sykepleieren i rusfeltet - usynlig og generell eller tydelig og spesiell? *Sykepleien Forskning*, 16. doi:10.4220/Sykepleienf.2021.86452
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*(24).
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse - å forstå, beskrive og behandle* (3. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse og omsorgstjeneste](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjeneste)
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020*. Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop-psykisk helse og rus/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/_/attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdb744a2/Pakkeforlop%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf)
- Helsetilsynet. (2015). Rett til helsetjenester i hjemmet (bl.a. hjemmesykepleie). Retrieved from <https://www.helsetilsynet.no/rettigheter-klagemuligheter/helse-->

- [og-omsorgstjenester/rett-til-kommunale-helse--og-omsorgstjenester/rett-til-hjemmesykepleie/](#)
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt, ikke stykkevis og delt*. (3. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kallio, H. P., A-M. Johnson, M. Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Juornal of Advanced Nursing*(72(12)). doi:10.1111/jan.13031
- Karlsen, R. (2009a). Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 198-204. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0099
- Karlsen, R. (2009b). Sykepleierstudenters møte med psykiatrisk praksis. *Sykepleien Forskning*(2007;2). Retrieved from <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/sykepleierstudenters-mote-med-psykiatrisk-praksis>
- Karlsson, B., & Kim, S. H. (2015). Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid - En studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. . Retrieved from <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/qFdePCJ2NuN1WqCUEOUftLg2kGrWvNb2dgrX82AeW9WpkSxXBc.pdf>
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. ed.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S. B., S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Leijten, F. R. M., Struckmann, V., van Ginneken, E., Czepionka, T., Kraus, M., Reiss, M., . . . Mólken, M. R.-v. (2017). The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. *Health Policy*(122), 12-22.
- Li, R., Andenæs, R., Undall, E., & Nåden, D. (2012). Smertbehandling av rusmisbrukere innlagt i sykehus. *Sykepleien Forskning*, 252-260. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0131
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483 - 488.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. doi:10.1177/1403494812465030
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Melby, L., Ádnanes, M., & Kasteng, F. (2017). *Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Retrieved from <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/bitstream/handle/11250/2436189/Rapport%2bA28053%2bSykepleie%2b%2bpsykisk%2bhelsevern%2bog%2bTSB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid - folkehelse i teori og praksis* (3 ed.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Mørland, J., & Waal, H. (2017). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Novick, G. (2008). Is There a Bias Against Telephone Interviews in Qualitative Research? *Research in Nursing and Health*(31), 391-398. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/nur.20259>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse - Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm AS.

- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og brukerrettighetsloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven)
- Peckover, S., & Chidlaw, R. G. (2007). Too frightened too care? Accounts by districts nurses working with clients who misuse substances. *Health and Social Care in the Community*, 15(3), 238-245.
- Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. (2004). Oslo: Helsedepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/rus/2004/0017/ddd/pdf/v/205998-runds067.pdf>
- Skarstein, S., & Gade Rolland, E. (2021). Hrlseskadelig alkoholbruk gir komplekse utfordringer. *Sykepleien* (3), 47-54. doi:10.4220/Sykepleiens.2021.83712
- Skarstein, S., & Tanum, L. H. (2021). Personer med rusavhengighet blir oftere syke og får dårligere behandling. *Sykepleien*, 38-44. doi:10.4220/Sykepleiens.2021.86370
- Sorsa, M. A. (2019). Carriers of pain: Vulnerable meetings between staff and clients with a dual diagnosis. *Nordic Journal of Nursing Research*, 39(4), 209-217. doi:10.1177/2057158519865719
- Storm, M. (2018). The Role of Professionals' Competencies in Care Transitions. In K. Aase, J. Waring, & L. Schibevaag (Eds.), *Research Quality in Care Transitions International Perspectives* (pp. 143-157): Springer International Publishing AG.
- Storm, M., Fortuna, K. L., Gill, E. A., Pincus, H. A., Bruce, M. L., & Bartels, S. J. (2020). Coordination of Services for People With Serious Mental Illness an General Medical Conditions: Perspectives From Rural Northeastern United States. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/prj0000404>
- Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K., Dyrstad, D. N., & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care*, 14. Retrieved from <http://www.ijic.org>
- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- van Boekel, L. C., Brouwers, E. P. M., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. I. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. . *Drug and Alcohol Dependence*.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling - en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2). Retrieved from https://www.idunn.no/tidsskrift_for_velferdsforskning/2018/02/helseprofesjoners_samhandling_en_litteraturstudie
- Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. (2019). Norsk sykepleieforbund Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

VEDLEGG 1: 3 sider



Vil du delta i forskningsprosjektet ”Hjemmesykepleierens erfaringer i møte med pasienter med samtidige problemer knyttet til rus, psykisk helse og somatisk sykdom”

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et individuelt intervju hvor hensikten er å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere i hjemmesykepleien har med å yte helsehjelp til personer med ROP-lidelse. Dataene vi innhenter gjennom intervjuene vil deretter danne grunnlaget for en mastergradsoppgave i rus og psykisk helsearbeid ved Universitetet i Stavanger. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

I min masteroppgave ønsker jeg å undersøke sykepleiere i hjemmesykepleiens erfaringer med å yte helsehjelp til pasienter med samtidige problemer knyttet til rus, psykiske lidelser og somatisk sykdom, også kalt personer med ROP-lidelse. Jeg har selv erfaring med at denne pasientgruppen både kan være interessant men også utfordrende å yte helsehjelp til, og jeg mener at det er viktig å finne ut mer om den enkelte sykepleiers opplevelser og erfaringer rundt dette. Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet ute i kommunene og hvordan blir sykepleie til personer med ROP-lidelse definert? Jeg ønsker å intervju 8-10 sykepleiere i hjemmesykepleien ut fra følgende forskningsspørsmål:

Hvilke erfaringer har sykepleiere i hjemmetjenesten med det å skulle yte helsehjelp til pasienter med samtidige problemer knyttet til rus, psykisk helse og somatisk sykdom?

- Hvordan er sykepleierens rolle i samarbeidet rundt pasientene? Er rollen godt definert?
- Hva er det som gjør hjemmesykepleierne til en viktig aktør i det tverrfaglige samarbeidet rundt personer med ROP-lidelse?

Svarene på disse spørsmålene vil deretter analyseres og danne grunnlag for en masteroppgave i rus og psykisk helsearbeid. Universitetet i Stavanger er ansvarlig institusjon for forskningsprosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Målet for studien er å undersøke sykepleiernes erfaringer med å gi sykepleie til personer med rusavhengighet, alvorlig psykisk lidelse og somatisk sykdom. Vi ønsker derfor å komme i kontakt med sykepleiere i hjemmesykepleien og som med jevne mellomrom yter helsehjelp til denne pasientgruppen. Vi ønsker primært å nå sykepleiere som ikke har tatt noen videreutdanning innen feltet, for å få tak i erfaringene til de som ikke har valgt å spesialisere seg videre i rus og psykisk helse. Vi ønsker å nå både menn og kvinner i ulike aldre og med ulik fartstid i yrket. Vi har henvendt oss til den kommunale ledelsen for å få kontaktinformasjon til de som kan passe de kriteriene som er nevnt ovenfor.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi kontakter deg videre for å avtale tid til et intervju. På grunn av situasjonen rundt covid-19 er muligheten for et tradisjonelt intervju der man møtes sammen i et rom noe begrenset. Vi har derfor valgt å legge opp til intervju per telefon eller via teams/zoom eller lignende, lengden på intervjuet er estimert til ca. 45-60 minutter. Det vil bli gjort opptak underveis og disse vil bli transkribert og analysert.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi bruker og oppbevarer dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun masterstudent Veronica Liavåg og veileder Marianne Storm som har tilgang til datamaterialet. Alt elektronisk materiale vil bli anonymisert og oppbevart på en kryptert disk. Ditt navn og kontaktopplysninger blir erstattet med en kode som lagres på en egen navneliste som ligger innelåst adskilt fra de øvrige dataene. Det vil kunne bli gjort bruk av sitater fra intervjuene i oppgaven, disse vil om nødvendig bli omskrevet for å sikre at de ikke er gjenkjennbare for andre, du kan likevel kunne komme til å kjenne deg igjen i dine egne utsagn.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Masteroppgaven vil etter godkjenning ved Universitetet i Stavanger bearbeides til en artikkel med tanke på publisering. Alle personopplysninger, lydopptak og teksttranskripsjoner blir slettet når prosjektet avsluttes og oppgaven er godkjent innen 1. Juni 2022.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med Universitetet i Stavanger ved Veronica J. Liavåg, tlf: 41761030, mail: v.liavag@stud.uis.no eller veileder Marianne Storm, tlf: 51834158, mail: marianne.storm@uis.no, eller vårt personvernombud: Rolf Jegervatn, personvernombud@uis.no.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost personverntjenester@nsd.no eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Marianne Storm
(Professor/veileder)

Veronica Liavåg
(student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*Hjemmesykepleierens erfaringer i møte med pasienter med samtidige problemer knyttet til rus, psykisk helse og somatisk sykdom*", og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju.
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, senest juni 2022.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

VEDLEGG 2: 2 sider

Intervjuguide

Forsknings spørsmål:

- Sykepleierollen i et tverrfaglig samarbeid: Er sykepleie til personer med ROP-lidelse godt definert?
- Hva er det som gjør hjemmesykepleierne til en viktig aktør i det tverrfaglige samarbeidet rundt personer med ROP-lidelse?

Forslag til intervjuguide:

Bakgrunnsinformasjon (skrives ned før opptak):

- Alder
- Kjønn
- Utdanning
- Antall år i nåværende jobb

Videre kommer det nå noen spørsmål sortert under ulike tema. Temaene er sykepleierollen i et tverrfaglig samarbeid, og helsehjelp og somatisk helse hos pasienter med ROP-lidelse.

Helsehjelp og somatisk helse:

- Hvordan opplever du egen kompetanse om ROP-lidelser?
- Hvis du skal beskrive helsen til denne gruppen; hva er viktig å få frem?
- Hvordan blir behov for nødvendig somatisk helsehjelp vurdert?
- Hvordan opplever du fokuset på somatisk helse hos personer med ROP-lidelse?
 - Kan du si litt om fysiske tilstander som opptrer hyppigere enn andre?
 - Hvilke utfordringer kan du oppleve når du skal utøve sykepleie i forhold til disse tilstandene?
- Hvem har ansvaret for å kartlegge pasientens somatiske helse?
- Fortell litt om hvordan oppfølging av pasientens somatiske helse skjer i den daglige tjenesteytingen?
 - Hvem følger dette opp?
 - Hvordan dokumenteres det?
- Opplever du at pasientens somatiske helse er i tilstrekkelig fokus i det tverrfaglige samarbeidet?

Sykepleierollen i et tverrfaglig samarbeid:

- Fortell litt om hvordan det kan være å yte helsehjelp til pasienter med ROP-lidelse?
- Kan du fortelle om hvilke arbeidsoppgaver hjemmesykepleieren kan ha hos pasienter med ROP-lidelse?
- Fortell litt om hvordan det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienten er organisert? I team, ved bruk av koordinator eller annet?
- Hvordan vil du beskrive hjemmesykepleierens rolle i det tverrfaglige samarbeidet?
 - Hvordan foregår kommunikasjonen med de andre aktørene rundt pasienten; eksempelvis koordinator, rus og psykisk helse, fastlege, NAV?
- Hvis du skal beskrive personer med ROP-lidelse som gruppe; hva mener du er viktig å få frem?

Det tverrfaglige samarbeidet:

- Fortell litt om hvordan de ulike aktørene (som nevnt ovenfor) i det tverrfaglige samarbeidet utveksler erfaringer og synspunkt rundt personer med ROP-lidelse og deres tjenestetilbud; hvordan blir dette utført i praksis? Møter, meldingsutvekslinger, annet?
- Fortell litt om hvordan oppfølging av pasientens somatiske helse skjer i den daglige tjenesteytingen?
 - Hvem følger dette opp?
 - Hvordan dokumenteres det?
- Hvordan er hjemmesykepleiernes muligheter til å være med på å utforme tjenestene til personer med ROP-lidelse i det tverrfaglige samarbeidet?
 - Blir hjemmesykepleierens faglige perspektiver og meninger vektlagt i den videre evalueringen og utformingen av tjenestene?
- Opplever du at pasientens somatiske helse er i tilstrekkelig fokus i det tverrfaglige samarbeidet?
- Hva er det som gjør hjemmesykepleierne til en viktig aktør i det tverrfaglige samarbeidet rundt personer med ROP-lidelse?
- Er du kjent med tiltak som er iverksatt i kommunen for å bedre oppfølgingen av den somatiske helsen til personer med ROP-lidelser? (pakkeforløp for ROP, primærhelseteam, andre tiltak?)
- Er det momenter i tjenestene til personer med ROP-lidelse eller i det tverrfaglige samarbeidet du kunne tenke deg å endre?

Er det noe annet du ønsker å tilføye for å belyse temaene vi har vært innom?

VEDLEGG 3: 3 sider

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

27.08.2021, 21:06

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA**NSD sin vurdering****Prosjekttittel**

Hjemmesykepleierens erfaringer i møte med pasienter med samtidige problemer knyttet til rus, psykisk helse og somatisk sykdom.

Referansenummer

403889

Registrert

28.11.2020 av Veronica Jonassen Liavåg - v.liavag@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marianne Storm, marianne.storm@uis.no, tlf: 51834158

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Veronica J. Liavåg, veronicaliavaag@gmail.com, tlf: 41761030

Prosjektperiode

30.11.2020 - 01.06.2021

Status

30.11.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

30.11.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen. Vi forutsetter da at den gjennomføres i tråd med meldeskjemaet med vedlegg

about:blank

Side 1 av 3

den 30.11.2020, og vurderingen her. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2021, når masteroppgaven leveres. Etter dette skal data med personopplysninger oppbevares et år til, for bearbeiding til vitenskaplig artikkel med tanke på publisering. Lydopptak, koblingsnøkkel og andre personidentifiserende opplysninger slettes etter dette, senest 01.06.2022.

Ingen deltagere skal kunne gjenkjennes i publikasjoner, verken direkte eller indirekte.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

UTVALGET HAR TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Intervjuene må derfor gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter, pårørende eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon. I følge meldeskjema skal det heller ikke innhentes identifiserende opplysninger om andre tredjepersoner, som kollegaer, samarbeidspartnere el.

Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem opplysninger om identifiserbare tredjepersoner under intervjuet. Vi anbefaler at du tar dette opp med informanten før hvert intervju.

Dere bør være spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger om tredjeperson må utelates. Det gjelder f.eks. alder, kjønn, stilling, sted/institusjon, tidspunkt, diagnoser, spesielle hendelser og andre forhold som gjør det mulig å gjenkjenne enkeltpersoner. Vi anbefaler at informantene snakker generelt om sine erfaringer, og er svært forsiktig med å bruke eksempler.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner imidlertid om at dersom du benytter databehandler under intervju (som Zoom, Teams, Skype el.), bør du presisere overfor informantene at også databehandler får tilgang til personopplysninger.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha rett til innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

Vi minner også om at hvis personopplysninger rettes, slettes eller begrenses, har behandlingsansvarlig plikt til å underrette mottakere (her: databehandler) (art. 19).

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre deg om at kravene oppfylles, må du følge interne retningslinjer og/eller rådføre deg med behandlingsansvarlig institusjon (UIS).

Vi minner om at ved bruk av databehandler (som Zoom, Teams, Skype el. til intervjuer), må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

Eventuell bruk av databehandler, og lagring på private enheter under arbeidet med vitenskaplig artikkel, må avklares med UIS.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)