

Rus og psykiske lidelser – utfordringer i prehospitalt arbeid

– en kvalitativ studie fra ambulansetjenesten



University
of Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Prehospital Critical Care

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student Kjetil Rist

Veileder Kristin Häikiö

Dato 01.06.2022

MASTER IN PRE-HOSPITAL CRITICAL CARE

Master thesis

Semester: Høst 2021-vår 2022

Author(s)/Thesis candidate(s): Kjetil Rist

Supervisor: Kristin Häikiö

Thesis Title

Nordisk tittel (Norwegian title): Rus og psykiske lidelser – utfordringer i prehospitalt arbeid: En kvalitativ studie fra ambulansetjenesten

English title: Substance abuse and mental health disorders – challenges in prehospital care: A qualitative study from the ambulance service

KEYWORDS/SEARCH WORDS: ambulansetjeneste, akuttkjeden, akuttpsykiatri, prehospital, rus-og psykiske helselidelser

NUMBER OF PAGES: 103

STAVANGER: 01.06.2022

Forord

Biveileder Nina fortalte meg at «å skrive master er en ensom oppgave, og det er ingen som kommer for å tilby deg hjelp.» Det har hun helt rett i, hjelp må søkes. Derfor må jeg takke de som har bidratt til dette prosjektet.

Takk til respondentene som har gjort oppgaven mulig.

Veiledere ved OsloMet – takk til hovedveileder Kristin Häikiö for konstruktive tilbakemeldinger, motivering, og for den ypperlige jobben du har gjort. Det har vært en glede å jobbe med deg. Takk til biveileder Nina Thorvaldsen som tilbød meg oppdraget, og for organisering slik at det ble mulig å nå tidsplanen. Takk også til biveileder Anne Kristine Bergem for nyttige råd og innspill.

Takk også til studieleder Per Kristian Hyldmo ved Universitetet i Stavanger og professor Halvor Nordby ved Universitetet i Oslo for rådgiving før oppstart av prosjektet.

En spesiell takk til min mor Inger Rist for tålmodighet og hjelp med å ivareta hus og katt mens jeg har vært indisponibel i studier og jobb.

Gravdal, 29.05. 2022

Kjetil Rist

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	6
1.0 Introduksjon	7
1.1.0 <i>Bakgrunn</i>	7
1.1.1 Tidligere forskning.....	8
1.2 <i>Psykatri og «psykiatrioppdrag»</i>	9
1.3.0 <i>Problemstilling</i>	9
1.3.1 Avgrensing.....	10
1.4 <i>Begrepsavklaring</i>	10
1.5 <i>Oppgavens struktur</i>	11
2.0 Teori	12
2.1 <i>Den akuttmedisinske kjeden og prehospital akuttjenester</i>	12
2.2 <i>Kompetansebegrepet</i>	13
2.3 <i>Utdanning innen helse- og ambulansesfag</i>	15
2.4.0 <i>Relevant lovverk som påvirker prehospital akuttmedisin</i>	15
2.4.1 <i>Øyeblikkelig hjelp</i>	15
2.4.2 <i>Forsvarlighetskravet</i>	16
2.4.3 <i>Psykisk helsevernloven – tvunget psykisk helsevern</i>	16
2.5 <i>Omsorgsarbeid og de ikke- tekniske ferdigheter</i>	17
2.6 <i>Opptappingsplan for psykisk helse – kompetanseheving i prehospital akuttmedisin</i>	18
3. Litteratursøk	22
4.0 Metode	23
4.1.0 <i>Forskningsdesign – kvalitativ metode</i>	23
4.1.1 <i>Intervju som metode – det kvalitative forskningsintervju</i>	24
4.1.2 <i>Intervjuguide</i>	25
4.1.3 <i>Intervjuene</i>	25
4.2.0 <i>Forskningsprosessen</i>	26
4.2.1 <i>Rekruttering og utvalg</i>	26
4.2.2 <i>Respondentene</i>	27
4.3.0 <i>Reliabilitet og validitet</i>	28
4.3.1 <i>Forforståelse</i>	29
4.4.0 <i>Etiske overveielser</i>	29
4.4.1 <i>Lagring av data</i>	30
4.5.0 <i>Analyse</i>	31
4.5.1 <i>Transkribering</i>	31
4.5.2 <i>Systematisk tekstkondensering (STC)</i>	31
4.5.3 <i>Analysetrinn 1. Totalinntrykk – fra kaos til temaer</i>	32
4.5.4 <i>Analysetrinn 2. Identifisere og sortere meningsenheter – fra temaer til koder</i>	34
4.5.5 <i>Analysetrinn 3. Kondensering – fra kode til mening</i>	36
4.5.6 <i>Analysetrinn 4. Syntetisering – fra kondensering til beskrivelser og begreper</i>	37
5.0 Resultat	41
5.1.0 <i>Sikkerhetsaspektet</i>	41

5.1.1	Bekymringer rundt egensikkerhet	41
5.1.2	Rutiner for å styrke sikkerhet	43
5.2.0	<i>Systemkritikk</i>	44
5.2.1	Mangelfulle pasientforløp	44
5.2.2	Svingdørs problematikk	44
5.3.0	<i>Kompetanseperspektivet</i>	45
5.3.1	Egen kompetanse	45
5.3.2	Kollegers kompetanse	47
5.3.3	Kvaliteten i vurderingsgrunlaget	48
5.4.0	<i>Samhandlingsklima</i>	50
5.4.1	Samarbeidet innad i primærhelsetjenesten	50
5.4.2	Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten	51
5.4.3	Samarbeidet med politiet	53
5.5.0	<i>Fagutvikling</i>	54
5.5.1	Interne prioriteringer i tjenesten	54
5.5.2	De ikke-tekniske ferdigheter	55
5.5.3	Psykiatriens plass i akuttmedisin	55
6.0	Diskusjon	56
6.1.0	<i>Resultatdiskusjon</i>	56
6.1.1	Utviklingstrekk og prioriteringer	56
6.1.2	Fagutvikling og opplæring	58
6.1.3	Kompetanseforståelse	59
6.1.4	Sammenligninger av utdanningsbakgrunn	61
6.1.5	Forsvarlighet	62
6.1.6	Holdninger, omsorg og profesjonalitet	62
6.1.7	Tverrfaglig samhandling	64
6.2.0	<i>Metodediskusjon</i>	65
6.2.1	Valg av metode	65
6.2.2	Reliabilitet – nøyaktigheten av undersøkelsen	65
6.2.3	Betydningen av utvalget- informasjonsstyrke, metning og overførbarhet	66
6.2.4	Forskerens forforståelse – styrker og svakheter	67
6.2.5	Validiteten – hva undersøkelsen har kastet lys over	67
7.	Konklusjon	69
Referanser	70
Vedlegg	79
1.	<i>Forkortelser</i>	80
2.	<i>Informasjonsskriv til informanter</i>	81
3.	<i>Samtykkeerklæring</i>	84
4.	<i>Intervjuguide</i>	85
5.	<i>Fremleggingsvurdering REK</i>	87
6.	<i>Godkjenning fra NSD</i>	89
7.	<i>Databehandlingsavtale mellom OsloMet og UiS</i>	92
8.	<i>Retningslinjer for håndtering av forskningsdata ved UiS</i>	98
9.	<i>Retningslinjer for personvern i Nettskjema UiO</i>	102

Sammendrag

Det er økende press på prehospitaltjenester med stigende antall oppdrag til pasienter med rus og psykiske helselidelser. Det antydes i tjenesten mangler i fagkunnskap og utdanning hos ambulanspersonellet relatert til disse utfordringene. Helsemyndighetene har varslet et større søkelys på helhetlige systemer for ivaretagelse av pasienter ved akutt sykdom, herunder akutt psykisk sykdom. Det foreligger ikke norsk forskning på ambulanspersonellens opplevelser av utfordringer med oppdrag relatert til rus og psykiske lidelser, og internasjonal forskning er begrenset. Pasienter med psykisk sykdom og rusproblematikk kan dermed ha et undervurdert behov for bedre tilnærming. Derfor var formålet i denne studien, gjennom å utforske opplevelser ambulanspersonell har med slike oppdrag, å kartlegge utfordringer, sannsynliggjøre holdninger, og diskutere forbedringspotensialer i prehospitalt arbeid. Undersøkelsen er en kvalitativ studie med semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer med syv ambulanspersonell i Helse Nord. Analysen ble utført med systematisk tekstkondensering. Respondentene opplever usikkerhet og faglige begrensninger i det prehospitalt møte med pasientene. I tillegg oppleves en systemsvikt ovenfor pasientgruppen, og mangler i prioriteringer i den tverrfaglige samhandling, fagutvikling, og opplæring. Funnene avdekker manglende verktøy, barrierer, og holdninger som påvirker ambulanspersonellens forutsetninger for god tjenestelevering. Helsemyndighetenes ambisjoner synes dermed ikke innfridd, selv om det har vært et kompetanseløft i tjenesten på høgskole og universitetsnivå. Respondentenes opplevelser kan forklares i både nasjonale og lokale organisatoriske forhold, fagopplæring, og egne persepsjoner. Innholdet i utdanningene bør kartlegges og omorganiseres for å bli mer relevante for praksis. Fagutvikling og prioriteringer i tjenesten bør styrkes, og opplæringen skreddersys. I tillegg trengs ytterligere forskning på problemstillingen.

1.0 Introduksjon

1.1.0 Bakgrunn

Psykiske helselidelser er anerkjent som et globalt helseproblem og vil ramme ca. 30-50% av befolkningen i løpet av livet (1-3). Ambulansepersonells oppdrag til pasienter med rus og psykiske helselidelser (ROP) er økende, og representerer derfor en betydelig del av arbeidsmengden, og skaper press på de prehospitalene tjenestene (4-7). Håndtering av psykiatriske nødsituasjoner er både utfordrende og komplekst for ambulansepersonell, delvis på grunn av utilstrekkelige utdannelse (8). Personellet trenger mer grunn- og etterutdanning i omsorg for pasienter med ROP (4;8). Eksisterende forskning tyder på at diagnostisering og behandlingen av psykiatriske nødstilfeller må forbedres (9). Det er i tillegg en pågående debatt både i media, og i akademia, om økt antall psykiatriske nødsituasjoner som beskriver flere problematiske faktorer, for eksempel upassende bruk av ambulansetjenester i psykiske og psykososiale sammenhenger (10-12).

I en artikkelserie i Ambulanseforum tas det opp utfordringer ved og manglende søkelys på akuttpsykiatri i ambulansetjenesten. Her vises det blant annet til at tjenesten i stor grad er prosedyrestyrt, men at det er vanskelig å prosedyrestyre hvordan man skal håndtere en akutt psykisk syk pasient (13). Det er ikke slik som i akutt-somatikken at de sykeste akutt-innlegges på sykehusene, og at det er ambulansepersonell som kan vurdere hvor syk pasienten er. Et innviklet lovverk gjør også at det må tenkes nytt om hvem som skal vurdere psykisk syke (13). Det er ikke sikkert at det ambulansepersonell oppfatter som alvorlig sykdom, oppfyller kravene til innleggelse, og i tillegg vil ikke alltid psykisk syke pasienter nødvendigvis ønske hjelp, til tross for at de selv ser hjelpen som nødvendig (13). Personellet utfordres da på både ø-hjelp- plikt og evnen til utøvelse av sine ikke- tekniske ferdigheter som er essensiell for å kunne hjelpe, helst uten maktbruk. Det hevdes at med økt fagkunnskap, samt kjennskap til tilgjengelige tilbud og aktuelle lover, kan ambulansepersonell møte disse pasientene med bedre vurderinger (13).

Regjeringen oppnevnte i 2013 et offentlig utvalg (Akuttutvalget) med mandat å beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade, deriblant psykisk sykdom i den akuttmedisinske kjeden, inkludert ambulansetjenesten (14). Utvalget mener hovedoppgavene i prehospitalene tjenester er å sørge for at pasienter får rett behandling på rett nivå (14). På grunn av ulikheter i avstand og demografi er transporten

av psykisk syke pasienter ulik innen helsevesenet. Ettersom flere pasienter med ROP-lidelser behandles poliklinisk i stedet for i institusjon, må man anta at dette også øker ambulansetjenestens involvering i denne pasientgruppen. Felles for de prehospitaltjenestene er et behov for mer kompetanse innen fagområdet for psykisk sykdom (14).

1.1.1 Tidligere forskning

Etter litteratursøk ble det ikke funnet norsk forskning som har undersøkt ambulanspersonells opplevelser med oppdrag som involverer ROP. Internasjonalt er forskningen også begrenset (15;16). Det ble funnet forskning fra USA, Canada, Australia, Sør-Afrika, Storbritannia og Sverige som viser at ambulanspersonell deler felles oppfatninger og frustrasjoner om «psykiatrioppdrag» – ambulansoppdrag som involverer mennesker med ROP (4;8-12;15-23). I tillegg beskrev ambulanspersonellet sin forståelse av hvordan mennesker med ROP «misbruker systemet» og konsekvensene av dette misbruket (10-12). Noen beskriver ROP-relaterte oppdrag som «ikke ekte nødstilfeller» og som «taxiturer», og ambulanspersonellet var også opptatt av faktorene på systemnivå som påvirker deres arbeid, og spesifikke barrierer og utfordringer for omsorg til denne pasientgruppen (12).

Nyere studier om ambulanspersonells møte med pasienter med ROP indikerer motstridende oppfatninger om deres evne til adekvat håndtering av pasientgruppen (15-23). Begrenset utdanning og trening påvirker personellens tillit til egen kompetanse og beredskap (15-23). Deres oppfatning av utdanning og opplæring, understreket at ambulanspersonell følte seg utilstrekkelig forberedt når de var i ROP-relaterte oppdrag (10;15-23). Det vises også til funn fra forskning som indikerte at ambulanspersonell så på sin rolle som først og fremst transportmiddel i slike oppdrag (4). De følte seg dårlig forberedt på å håndtere og ta vare på disse pasientene, og trengte skreddersydd opplæring (4;21). Psykiatrien og helsevesenets beslutningstakere bør derfor inkludere hensynet til ambulanspersonellens og prehospital virksomhets viktige rolle ved vurdering av tilbudet til mennesker med ROP-lidelser (12). Disse resultatene antyder at ytterligere forskning er nødvendig for å utvide vår forståelse av ambulanspersonellens rolle i omsorgen for mennesker med psykiske helselidelser.

1.2 Psykiatri og «psykiatrioppdrag»

Psykiatribegrepet brukes ofte feil, eller vi som helsepersonell blander begreper. Kanskje i mangel på kunnskap om både begrep og fagfelt? Samfunnsutvikling, politiske og administrative føringer påvirker også fagterminologi, og som i alt språk skjer det utvikling og endring også innen helsefagene. Psykiatri er bare betegnelsen på en legespesialitet (24). Psykisk helsevern er tverrfaglig, og er representert med mange ulike profesjoner og utdanninger (24). Psykisk helsevern ivaretas i all hovedsak av spesialisthelsetjenesten og i kommunene jobber folk med «psykisk helsearbeid» eller mottar tjenester fra avdelinger for psykisk helse, eller et psykisk helseteam (24). Vi har alle en psykisk helse, og den kan være god, mindre god eller ganske dårlig, enten i kortere eller lengre tid. Både fysisk og psykisk helse endrer seg over tid (24).

Intern i ambulansetjenesten og Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) brukes det muntlige uttrykket «psykiatrioppdrag» som en samlebetegnelse om oppdrag som omhandler psykisk sykdom og rusproblematikk. Vi kan kalle det en form for et «stammespråk» som også brukes av flere prehospitalt og i akuttmottak. Et annet navn som brukes er «psykiatri-utkall». Det benevnes også som bare «psykiatri». Hvis for eksempel jeg ikke har fått med meg oppkallet på radioen, og spør min makker hva det var utkall gjaldt, kan jeg få til svar; «psykiatri», og jeg forstår hva dette gjelder. Stammespråk er et felles språk som gjør kommunikasjonen mellom gruppe-medlemmer enklere og kan bidra til mer effektiv utførelse av arbeidsoppgaver (24). Det anses som legitimt med lignende ordbruk i situasjoner hvor tiden er avgjørende der det er spesiell stor betydning at ordforråd og begreper har felles betydning for dem som samhandler, så tid ikke går bort til oppklaringer og gjentakelser (24). Alle som arbeider med mennesker er underlagt fagetiske retningslinjer og skal følge både skrevne og uskrevne regler for hva som kan sies om og til pasienter, selv når det haster (24).

1.3.0 Problemstilling

Ambulansetjenesten har økende mengde oppdrag til pasienter med ROP. Disse oppdragene er utfordrende for ambulanspersonellet og temaet for denne oppgaven er ambulanspersonellens opplevelser av ROP-relaterte oppdrag. Ved å undersøke *hvordan ambulanspersonell opplever oppdrag til pasienter med rus og psykiske helselidelser*, er målet å kunne avdekke

sider ved disse oppdragene som kan si noe om hvilke utfordringer ambulanspersonellet møter, mangler i tjenesten, og forbedringspotensialer for å styrke tjenesten og ambulanspersonellens forutsetninger for et godt møte med pasientgruppen.

Problemstilling:

- Hvordan opplever ambulanspersonell oppdrag til pasienter med rus og psykiske helseplager

Forskningsspørsmål:

- Hvilke utfordringer opplever ambulanspersonell i forbindelse med oppdrag til personer med rus og psykiske helseplager?
- Hvilke mangler opplever ambulanspersonell at ambulansetjenesten har?
- Hvilke forbedringspotensialer har prehospitaltjenester for å kunne ivareta ambulanspersonellet og møte pasientgruppen på en god måte?

1.3.1 Avgrensning

Selv om temaet omhandler oppdrag til personer med ROP, og feltet er akuttpsykiatri, har ikke denne undersøkelsen til hensikt å forklare direkte tilnærming og vurdering av psykisk sykdom, og den vil derfor ikke utforske eller inneholde oversikt over akuttpsykiatriske diagnoser og behandling. Undersøkelsen vil derfor heller ikke foreslå konkrete forbedringer i praksis som for eksempel prosedyrer og retningslinjer. Men funnene vil kunne brukes til å diskutere hvordan utfordringer i prehospitaltjenester kan håndteres slik at pasienter med psykiske helseplager kan møtes bedre. Oppgaven begrenser seg til opplevelser knyttet generelt til pasienter med ROP og vil derfor ikke utforske opplevelser knyttet til å møte personer i akutt psykisk krise, som for eksempel etter en traumatisk hendelse.

1.4 Begrepsavklaring

Ambulanspersonell: Alle som jobber i ambulansetjenesten uansett utdanningsbakgrunn

Ambulansarbeider/fagarbeider: Yrkesfaglig opplæring på videregående skole

Paramedic/paramedisiner: Akuttmedisinsk høyskole-universitetsutdanning

Læreplan ambulansesfag: Nivå fra videregående skole

1.5 Oppgavens struktur

Innledningen beskrev bakgrunnen for oppgaven, tidligere forskning og problemstilling.

Oppgaven er videre bygd opp først med teori om akuttkjeden, kompetanse, opptrappingsplan i akuttpsykiatri, og lovverk som berører prehospital akuttmedisin. Videre følger beskrivelse av metode med analysen i fire trinn, deretter en presentasjon av resultater med etterfølgende resultat- og metodediskusjon som avsluttes med en konklusjon inkludert praksisimplikasjoner.

2.0 Teori

Først beskrives akuttkjeden som er basis for prehospital samhandling. Begrepet kompetanse og utdanning er sentral i denne oppgaven, og vil beskrives i kontekst med akuttmedisin og akuttpsykiatri. Det beskrives også nasjonal status og plan for akuttpsykiatri i prehospital akuttmedisin. Videre beskrives det mest aktuelle lovverket som knytter sammen akuttmedisin og psykiatri. Kapitlet vil også bli viet omsorgstenkning og de ikke-tekniske ferdigheter som kan anses de viktigste verktøy innen møtet med pasienter med ROP-lidelser.

2.1 Den akuttmedisinske kjeden og prehospitale akuttjenester

Akuttmedisinsk beredskap innbefatter helsepersonell ved AMK- og legevaktsentraler, ambulansetjenesten, sykehusavdelinger med øyeblikkelig-hjelp-funksjon innen somatikk, psykiatri og rusbehandling, og kommunens helsepersonell, inkludert legevakt (25). Den akuttmedisinske kjeden (Tabell 1) skal tilrettelegge og koordinere forsvarlig samhandling, kommunikasjon, informasjonsflyt og transport.

Den delen av spesialisthelsetjenesten som ivaretar pasientene utenfor sykehus kalles prehospitale tjenester (førstelinjetjenesten) (26). AMK besvarer medisinsk nødtelefon 113, gir innringer veiledning i livreddende førstehjelp og koordinerer ambulanseressurser (26). Henvendelser til 113 som ikke trenger ambulansetransport, overføres til en legevaktssentral som vil gi innringer råd om egenomsorg, eller avtale oppmøte på nærmeste legevakt (26). Kommunen driver legevaktssentralene, ofte som interkommunale samarbeid med felles nasjonalt telefonnummer 116117. Ambulansetjenestene rykker ut til pasienter med livstruende tilstander, diagnostiserer og behandler før og under transport til sykehus (26).

Tabell 1

Akuttkjeden

1. Lekfolk: En pasient i akuttkjeden er avhengig av hva lekfolk foretar seg
 2. Nødmeldetjenesten: Politi 110 (ansvar for HRS), Brann 112, AMK 113 (16 områder)
 3. Ambulansetjenesten: > 300 ambulansestasjoner, > 500 ambulanser i drift
 4. Luftambulansetjenesten: 11 helikopterbaser, 7 flybaser, 27 ressurser i drift
 5. Legevakten: > 200 legevaktsdistrikt, > 90 Interkommunale, > 80 kommunale
 6. Lokalsykehuset: 35 traumemottak (dokumentert kompetanse på nødkirurgi)
 7. Traumesenteret: 4, Ullevål, Haukeland, St. Olavs Hospital, UNN-Tromsø
 8. Akutt rehabilitering: Etter 12 mnd. 76% tilbake i jobb, de uten akutt rehab plass; 34%
-

Akuttkjeden i Norge (27, s. 12-42) (egen tabell)

2.2 Kompetansebegrepet

Kompetanse kan ha mange betydninger og brukes i mange sammenhenger. Forståelsen av begrepet i denne oppgaven må ses på i jobbsammenheng i den akuttmedisinske kjede. I en NOU-utredning fra Kompetansebehovsutvalget (28) brukes kompetanse som et samlebegrep for kunnskap, forståelse, ferdigheter, egenskaper, holdninger og verdier. Kompetanse kan være formell gjennom kvalifikasjoner gjennom utdanning eller uformell gjennom jobblæring. (28). I nasjonal helse og sykehusplan er det for eksempel et mål om at akuttmedisinske tjenester har kompetente medarbeidere, og at denne kompetansen speiles i at medarbeiderne må ha opplæring og trening i samhandling (29). Begrepet kompetanse ble i 60 årene beskrevet som berettigelse, skikkethet og dyktighet til noe (30). Å være kompetent er derfor å være skikket til noe. Fra denne forståelsen blir kompetanse en formell offentlig kvalifisering, eller sertifisering til spesielle myndighetsområder (30). Kompetanse opparbeides gjennom det formelle utdanningssystemet og videreutvikles i arbeidslivet (31). Kunnskap er derfor en egenskap som erverves fra utdanning og jobblæring, og er altså en del av kompetansen. Handlingskompetanse (Tabell 2) beskriver yrkesrettet omstillingsevne, samarbeidsevne, oppfinnsomhet, kritisk sans og selvstendighet (30).

Tabell 2

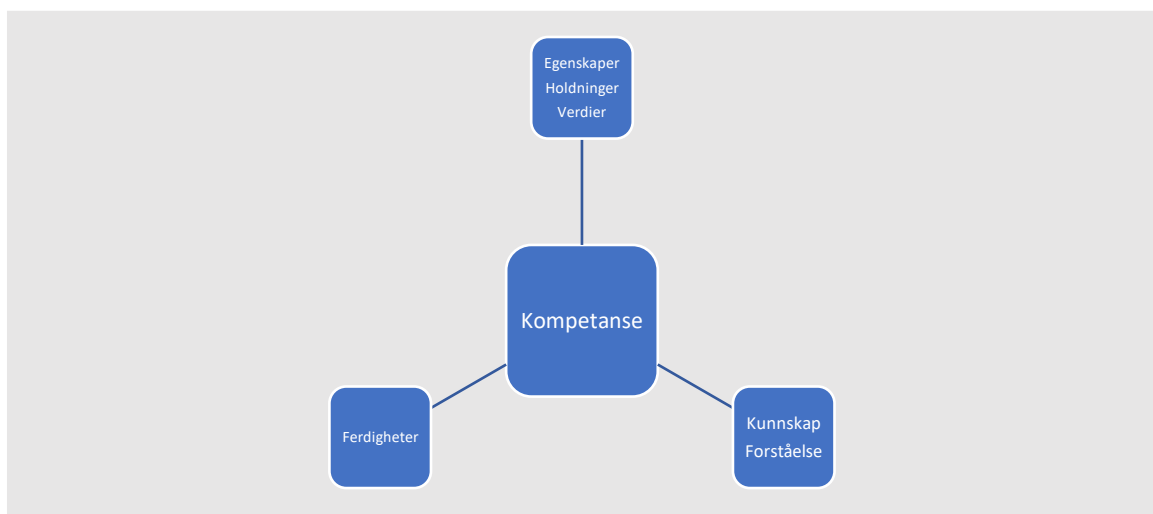
Handlingskompetanse

1. Fagkompetanse: innsikt i enkeltfag eller emneområder
 2. Læringskompetanse: ferdigheter i å tilegne seg nye kunnskaper (å lære å lære)
 3. Sosial kompetanse: samarbeidsevne, konfliktløsningsevne og evne til håndtering av mellommenneskelige forhold i yrkessituasjonen
 4. Metodekompetanse: situasjonsanalyseevne og problemløsningsevne
-

Handlingskompetansen konstituert av 4 delkompetanser (30, s. 3) (egen tabell)

Figur 1 illustrerer kompetanse som er sammensatt av egenskaper som forsterker og utfyller hverandre.

Figur 1



Kompetansebegrepet (28, s. 29)

Angående utvikling av kompetanse er ivaretagelse av utdanningsoppgavene, på den bakgrunn av det som er beskrevet over, en av fire lovfestede hovedoppgaver for spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven §§ 3–5 og 3–6 og 3–10) og finansieringen inngår i basisbevilgningen til de regionale helseforetakene (31). Kommunehelsetjenesten plikter også å medvirke til utdanning av personellet (kommune- helsetjenesteloven §§ 6 – 1 og 6 – 2), og må ivareta dette innenfor sine rammebevilgninger (31).

2.3 Utdanning innen helse- og ambulansefag

Universitet- og høyskoleloven gir utdanningsinstitusjonene faglig frihet og ansvar for å sikre det faglige innholdet i utdanningene, men loven gir Kunnskapsdepartementet hjemmel for å fastsette nasjonale rammeplaner for utdanninger (32). Innholdet i flere av de kortere profesjonsutdanningene som fører frem til autorisasjon, er styrt gjennom rammeplaner (31). Ambulansefaget har utviklet seg fra yrkesfagutdanning til høgskole og universitetsstudium. Da kompetansebehovet i ambulansefaget ble beskrevet i 2014 la regjeringen til grunn at ambulansearbeideren som yrkeskategori er grunnmuren i tjenesten samtidig som det argumenterte for behovet for høyere utdanning. De mente at en bachelorutdanning vil heve alle gruppene som arbeider i tjenestene og synliggjøre en karriere og utviklingsløp fra fagarbeidernivå og oppover til master og doktorgrad (33). Dette er nå en realitet gjennom bachelor (paramedisin) og masterutdanning (PHCC), og enkelte ambulansearbeidere har nå startet som stipendiater på PhD-program (34-36). Ambulansefaget eksisterer fortsatt på videregående nivå.

2.4.0 Relevant lovverk som påvirker prehospitalet akuttmedisin

2.4.1 Øyeblikkelig hjelp

Kommunens plikt til å sørge for øyeblikkelig hjelp er regulert helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 (14;37). Kommunen skal gi helse- og omsorgstjenester til den enkelte når det menes at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig. Pasienter skal henvises til spesialisthelsetjenesten dersom vedkommende ikke kan behandles forsvarlig i kommunen (14;37;38).

Den akuttmedisinske beredskapen må ses i sammenheng med plikten til å yte øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1(14;38;39). Denne bestemmelsen presiserer ansvaret til de regionale helseforetakene etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a nr. 3, som pålegger de regionale helseforetakene plikt til å organisere akuttmedisinsk beredskap for å dekke befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp (14;38;39). Plikten til øyeblikkelig hjelp må også ses sammen med de regionale helseforetakenes ansvar for å yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner i helseregionen etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a femte ledd (14). De

regionale helseforetakene har ansvar for å sikre nødvendig samordning med relevante parter for akuttmedisinsk beredskap, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 e og akuttmedisinforskriften § 4 (14;38;39).

Plikten til øyeblikkelig hjelp innebærer at pasienten straks skal få helsehjelp når dette etter disse opplysninger og forhold antas å være påtrengende nødvendig, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 og helsepersonelloven § 7(14;38;39).

Det er ikke gitt rettslige konkrete krav til prehospital responstid fra meldt behov til AMK til første ambulanse er framme hos pasienten, men det er forutsatt at øyeblikkelig hjelp plikten blir overholdt (14).

Den akuttmedisinske beredskapen og tilretteleggelsen av tjenestene skal sikre at pasientforløpet i kjeden går raskt og uten forsinkelser som ligger innenfor tjenestens kontroll når behovet oppstår, jf. spesialisthelsetjenesteloven. §§ 2-1 a nr. 3 og 2-1 e (14;39).

2.4.2 Forsvarlighetskravet

I helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 stilles det krav om at de helse- og omsorgstjenestene som tilbys eller ytes, skal være forsvarlige (34). Kommunen er forpliktet til tilrettelegging av tjenestene slik at nok fagkompetanse sikres i tjenestene, jf. § 4-1 første ledd, bokstav d (14;37).

I spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 er det stilt krav til at spesialisthelsetjenesten skal tilby eller yte tjenester som er forsvarlige, og de skal tilrettelegge sine tjenester slik at personellet som utfører tjenestene kan bli i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient- og bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud (14;38;39).

Helsepersonelloven §§ 4 og 16 regulerer henholdsvis helsepersonells plikt til å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig ut ifra den enkeltes kvalifikasjoner mv. og virksomhetenes plikt til å yte helsehjelp som er organisert slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (14:40).

2.4.3 Psykisk helsevernloven – tvunget psykisk helsevern

Psykisk helsevernloven regulerer etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern, i og utenfor institusjon (14;41). Helse- og omsorgstjenestelovens §§ 10-2 og 10-3 omhandler innleggelse mot eget samtykke av pasienter med omfattende rusproblemer. Hovedvilkåret for *alvorlig sinnslidelse*, i lovens forstand, må være til stede for å kunne etablere tvunget psykisk helsevern, og er ett rettslig begrep som ikke er knyttet til en klar psykiatrisk diagnose (14;41). Tilleggsvilkår er farlighetsvilkår eller behandlingvilkår. Det er også mulig å etablere tvungen observasjon etter § 3-2, men kravene er skjerpet i forhold til tidligere da det var nok å ha mistanke om alvorlig sinnslidelse. Det må nå være overveiende sannsynlig at pasienten fyller vilkårene for tvungent psykisk helsevern etter § 3-3 (14;41).

2.5 Omsorgsarbeid og de ikke- tekniske ferdigheter

Grunnideen i omsorgstenkingen er at helsepersonell som håndterer en vanskelig behandlingssituasjon med respekt, tålmodighet og omsorg beskrives som en god helsearbeider, eller god person (42). Holdninger og personlig samvittighet er avgjørende i denne sammenhengen (42). For at vi skal utvikle oss som profesjonelle omsorgsyter er det nødvendig å prøve å leve oss inn i hvordan det er å være pasienten. Hvordan vil jeg bli møtt hvis jeg var pasienten? Dette kalles yrkesrelatert handlingsberedskap som betyr å kunne handle ut fra oppgavens behov og mål (43). Det bør være en etisk tommelfingerregel å stille spørsmål om jeg, eller mine nærmeste, ville ha vurdert handlingen jeg nå gjør mot pasienten som annerledes hvis vi selv var pasienten. Denne regelen har et viktig poeng som er at det er i de konkrete pasientmøtene helsepersonell evaluerer handlingene sine, og i disse møtene man opplever hva som virkelig er riktig og galt (42).

De ikke- tekniske ferdigheter er helsepersonellens ferdigheter og handlinger som ikke er styrt av tekniske hjelpemidler, prosedyrer, regler eller instruksjoner (44). I møte med pasienter med ROP-lidelser er de ikke-tekniske ferdigheter som er viktigst og at god kompetanse i kommunikasjon og relasjonsbygging er en viktig mekanisme for et godt møte med akutt psykisk syke (44). Det som er sentralt, er å kunne utvikle en så skånsom kommunikasjonsstil som mulig i møte med denne pasientgruppen (45). Den profesjonelle kommunikasjonen innenfor helse har et overordnet mål som er rettet til og for pasientene. Dette er «å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse å lindre lidelse» (46, s.18). Det vil si at kommunikasjonen blir et verktøy og en ferdighet i og en del av helsehjelpen du gir til pasienten, på lik linje med annen faglig kunnskap og ferdigheter som for eksempel

patofysiologi, psykologi eller traumatologi. Profesjonell kommunikasjon er også viktig i samhandling mellom helsepersonell og etater i helsevesenet og prehospitale tjenester både i akutte og ikke-akutte situasjoner (47).

2.6 Opptrappingsplan for psykisk helse – kompetanseheving i prehospital akuttmedisin

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus gis til alle pasienter som trenger hjelp, også psykisk syke og personer med rusproblemer (14;38). Forskjellene er store i hvordan pasienter møtes og behandles ved somatisk eller psykisk sykdom. Mange steder er samarbeidet mellom legevakt og spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse og rus problematisk, selv om myndighetenes intensjon er likeverdige helsetjenester for alle (14). Et av målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse var at helsetjenestenes tilgjengelighet skulle bedres for pasientene. Tall fra SAMDATA-rapportene¹ viser at en større andel i befolkningen får hjelp for ROP-lidelser nå enn tidligere, fordi antall fagpersoner er økt betydelig (14). Men den akutte tilgjengeligheten synes ikke å ha endret seg stort. Akuttutvalget mener tilgjengeligheten til behandling for akutte psykiske tilstander må være like god som for pasienter med akutte somatiske lidelser (14).

I tråd med Samhandlingsreformen (31) skal pasientene hovedsakelig få hjelp i førstelinjetjenesten. Akuttutvalget mener derfor at mange av utfordringene må møtes med betydelig kompetanseheving i førstelinjen og at akuttpsykiatri bør inn som obligatorisk emne for fastleger, legevaktleger og ambulanspersonell (14). De viktigste områdene for kompetanseheving ifølge Akuttutvalget er (14):

- Ivaretagelse av egen sikkerhet
- Vurdering av selvmordsrisiko
- Håndtering av ustabile pasienter
- Akutte rustilstander
- Lovverk knyttet til bruk av tvang

¹ Helsedirektoratet. SAMDATA (sammenligningsdata for spesialisthelsetjenesten) Spesialisthelsetjenesten [nettdokument]. 2009; Oslo: Helsedirektoratet (oppdatert 07. oktober 2021, lest 2. mars 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten>.

Akuttutvalgets beskrivelse av behovet for økt kompetanse (14):

- Akuttpsykiatri bør være obligatorisk i opplæring for alle i den akuttmedisinske kjede.
- Det bør etableres regelmessig undervisning og veiledning fra spesialisthelsetjenesten til legevakter på de vanligste akuttpsykiatriske problemstillingene.
- Det bør etableres faste samarbeidsrutiner mellom spesialisthelsetjenesten, legevakt og kommunale omsorgstjenester for håndtering av pasientgruppen som bruker mange helsetjenester fra flere aktører.

I 2005 startet et prosjekt med egen psykiatriambulans i Bergen. Bakgrunnen var et ønske om et transporttilbud for psykisk syke som var preget av respekt, likeverd, og faglighet (5-7;38;48). I Stavanger ble også en slik tjeneste opprettet i 2010. Det var rapportert positive resultater fra både Bergen og Stavanger med effekter som redusert maktbruk og politibistand (5-7;49). Det har siden oppstarten i Bergen blitt prøvd konsept med psykiatriambulans i andre regioner og byer. I Trondheim er en slik tjeneste etterspurt, men ikke etablert (48).

I 2014 kom det et oppdragsdokument med øremerkede midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) for å utrede hvordan tjenestene kan gi et bedre tilbud til psykisk ustabile personer i akutt krise (50). HOD ba tjenestene vurdere innføring av psykiatriske ambulanser, og se hvilke tiltak som kunne gjøres for å få ned politibruken på disse oppdragene og også hvordan man i høyere grad kan unngå unødvendige innleggelser (50). Vestre Viken opprettet i 2016 et psykiatriambulansprosjekt etter oppdragsdokumentet fra regjeringen (50). Prosjektet ble evaluert i en masteroppgave (51) med ønske om innsikt i ambulansarbeidernes og pasientenes opplevelser av den psykiatriske ambulansen, ordinær ambulans og politiet. Psykiatriambulansen i sin helhet fikk utelukkende positive tilbakemeldinger. Tjenesten ble ikke videreført etter prosjektet.

Sykehusene i Vestfold (SiV) og Telemark, som hadde felles prehospitalklinikk i 2014, var et av tre prosjekter som mottok midler fra Helse sør øst (HSØ) RHF (49). I denne region hadde det allerede i 2010 vurdert at det ikke var hensiktsmessig å etablere en psykiatriambulans, og SiV søkte i stedet om midler til å kartlegge utfordringer og muligheter, samt utvikle tiltak for å bedre samhandling og øke kompetanse hos de involverte aktørene (52). Prosjektet fikk navnet Verdig vei videre og startet opp etter tildeling av midler fra HSØ i april 2015 (52). En viktig del av prosjektet var å intervju pasienter og pårørende. Ut fra dette kom man fram til

åtte innsikter (Tabell 3). Disse innsiktene er nok i stor grad generiske uavhengig av om det handler om psykiske eller somatiske pasienter (13).

Tabell 3

Åtte innsikter fra pasienter til helsevesenet

1. Gjør meg trygg.
2. Gjør det enkelt for meg.
3. Vær enige om hva vi trenger.
4. Møt meg på riktig sted.
5. Se meg som et menneske, ikke et oppdrag.
6. Jeg trenger å vite at det alltid er hjelp å få.
7. Gi meg god flyt.
8. Forstå hva jeg trenger.

Innsikter fra prosjektet Verdig vei videre (13;52). (egen tabell)

Ut fra disse åtte pasientinnsiktene, ble det laget femten tiltak (Tabell 4). Flere av tiltakene omhandler at AMK skal koordinere planlagte psykiatrioppdrag i Vestfold og Telemark og at de har verktøy som sikrer god oppdragsløsning (13). I tillegg er det forsøkt å avklare rollene og samhandlingsprinsipper når ambulanse og politi samhandler. Prosjektet har også jobbet med hvordan informasjonsflyten i hele akuttkjeden kan bli bedre, også når politi er de som transporterer pasienten (13).

Tabell 4

Femten tiltak som følge av prosjektet

1. AMK koordinerer akutte psykiske kriseoppdrag.
2. Egen rutine for utspørring på AMK.
3. Beslutningsstøtte ved oppdrag med psykiske kriser: Et telefonnummer som kan ringes 24/7 til spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern.
4. Kriseplaner er mer tilgjengelig i akutte kriser.
5. Tiltakskort og triage ved psykiske kriser (Brøset violence checklist).
6. Felles tiltakskort for politi og prehospital tjeneste.
7. Pårørendebrøsjyre.
8. Informasjonsdeling – et eget skjema.
9. Felles statistikk og telling i tjenestene.
10. Kompetanseheving – seks moduler.
11. Akutte psykiske kriser som tema på fellestreninger.
12. Egentrening på stasjon.
13. Evaluering av omfattende oppdrag.
14. Tjenesteflyt for akutt psykisk krise.
15. Politiforum – som egentlig er et samhandlingsforum.

Tiltak fra prosjektet Verdig vei videre (13;52). (egen tabell)

3. Litteratursøk

Det er foretatt ikke- systematiske litteratursøk (tabell 6) med kombinasjon av søkeordene i tabell 5.

Tabell 5

PICo- skjema

P	I	Co
Emergency medical services	Mental health illness/ issues	Prehospital
Paramedic	Mental health presentations	Emergency/acute
EMT	Behavioral disorders	Management
Ambulance service	Experiences	Improvement
Psychiatric assignments	Challenges	Preparedness
Psych calls	Perception of practice	Education/training

PICo (for kvalitativ design)

Tabell 6

Litteratursøk

Databaser	Treff	Relevante artikler
PubMed	1366	14
CINAHL	647	5
PsychINFO	264	0
SveMED+	149	0

4.0 Metode

Metoden er en fremgangsmåte som benyttes for å finne ny kunnskap, eller løse problemer på (53). Den skal fortelle oss hvordan vi på mest effektive måte kan skaffe oss kunnskap, eller etterprøve den kunnskapen vi har tilegnet oss. Valget av metode begrunnes i at den vil kunne gi oss gode nok data for å belyse vår problemstilling på en faglig interessant måte.

Utgangspunktet for valg av metode skal være basert på problemformuleringen (54).

Forskningsprosessen (Tabell 7) (54), eller den vitenskapelige metoden, skal altså følge et mønster for hvordan vitenskapelige undersøkelser skal gjennomføres, og er grovt sett slik denne undersøkelse er foretatt.

Tabell 7

Forskningsprosessen

1. Valg og utforming av problemstilling – problemformulering
2. Utvelging av enheter og variabler som skal undersøkes og valg av forskningsdesign
3. Valg av datainnsamlingsmetode, bestemme utvalg og innsamling av data
4. Valg av databehandlingsmetode og behandling av data
5. Analyse av data
6. Tolkning av resultatene av analysen
7. Utarbeiding av forskningsrapporten

Stegvis framgangsmåte i undersøkelsesprosessen (54, s. 111).

4.1.0 Forskningsdesign – kvalitativ metode

Ved valg av metode har jeg sett på forskjellene mellom kvalitativ og kvantitativ forskningsdesign. Kvalitativ design med lyd, bilde, eller tekst gir større rom for tolkning av mening av de innsamlede data, mens kvantitative er størrelser, statistiske beregninger, telling og utbredelse av fenomenet som studeres (54). Kvalitativ design skal gjøre det mulig for meg i min undersøkelse å få vite mer om egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger (55). Det vil si slik det oppleves av respondentene i den tjenesten jeg forsker på.

Jeg skal med andre ord, ut ifra krav i den kvalitative metoden, tolke og forklare den enkelte respondents sosiale virkelighetsforståelse ut fra sitt eget perspektiv (54).

Valget av forskningsdesign er knyttet til den enkeltes forskers erkjennelsesteoretiske ståsted – de grunnleggende oppfatninger om hvordan kunnskap om virkeligheten kan oppnås, eller ikke (54). Kvalitativ design er godt egnet for forskning på problemstillinger der det er lite oversikt over svaralternativer og der nye spørsmål stilles, eller til å utvikle nye beskrivelser og begreper (55). Det viktigste for valg av metode er hva det er prosjektet skal belyse. Dermed kan ikke design bestemmes på forhånd, men må velges ut fra hva som er mest relevant for prosjektets formål (55).

Noen mener at kvantitativ og kvalitativ forskning er to konkurrerende paradigmer mens andre mener de kan utfylle hverandre (54). Metodene kan kombineres med for eksempel å bruke kvalitativ forskning i en eksplorerende fase, mens man senere kan gå over til en mer strukturert fase med kvantitative metoder (54). Jeg mente at de data jeg satt igjen med etter intervjuene var tilstrekkelig til å svare på problemstillingen og dermed var det ikke nødvendig å foreta justeringer i metodevalg. Det var heller ikke hensiktsmessig med tanke på tidsbruk og oppgavens størrelse.

4.1.1 Intervju som metode – det kvalitative forskningsintervju

Det som kjennetegner det kvalitative intervjuet er at intervjuprosessen skal være en samtaleform der selve samtalen, kjemien, og hvordan man formulerer og bruker spørsmålene er det som skaper kunnskapen (53). Ved samtale med mennesker får vi kjennskap til noe av menneskers erfaringer (55). Formålet med det kvalitative intervjuet er å få respondentenes egen beskrivelse av situasjonene. Intervjuet skal beskrive og forstå sentrale sider ved respondentenes arbeidssituasjon (55).

Målet med intervjuet er å forstå innholdet og meningen med det som respondentene sier og å få fram nyansene i det de sier (53). Metoden bærer preg av stor grad av fleksibilitet og åpenhet, og er vanlig å bruke ved kvalitativ datainnsamling (53). Gjennom intervjuene er meningen å få en nærhet til både problemstillingen og respondentene som gjør det lettere å få fram respondentenes tanker, erfaringer og meninger gjennom detaljerte beskrivelser (53). Metoden gir respondentene mulighet til å komme med egne formuleringer av svar og utdype disse. Allerede under datainnsamlingen startet de uformelle første trinn av analysen (55).

Jeg vurderte både individuellintervju og fokusgrupper. Individuellintervju ville sikre at alle kommer til orde, noe som ellers vil kreve stramm struktur i fokusgrupper for å sikre (55). Fokusgruppe egner seg godt for å undersøke felles erfaringer og fenomener. Men materialet kan bli overfladisk og ensidig hvis man ikke har streng struktur fra moderator (55). Jeg valgte derfor å gjøre individuelle intervju for å gi respondentene mulighet til så uttømmende informasjon som mulig innenfor en relativ knapp tidsramme

4.1.2 Intervjuguide

Jeg utarbeidet en intervjuguide og spørsmålene ble utformet både på bakgrunn av egen kjennskap og erfaringer med feltet, den organisasjonen jeg arbeider i, og på bakgrunn av tidligere forskning. Arbeidet med denne var samtidig en faglig og mental forberedelse på møte med respondentene. Intervjuguiden skal lede forskeren gjennom intervjuet (53). Spørsmålene skal være til hjelp for å huske hva som skal tas opp, men poenget er også at spørsmålene skal utvikles gjennom samtalen og følges etter informantens svar (53). I de semistrukturerte intervju kan spørsmålene gjerne brukes fritt, og trenger derfor ikke være bundet til rekkefølgen på listen, eller nummereringen.

4.1.3 Intervjuene

Jeg kjenner flere respondenter fra før gjennom mitt profesjonelle nettverk og har selv fasilitert de syv intervjuene. De har foregått individuelt fire intervjuer ansikt til ansikt og tre på Zoom. Respondentene skrev under samtykkeerklæring før intervjuene (Vedlegg 3). De ble før oppstart gjort kjent med problemstilling. Det ble informert om hvordan deres anonymitet ville bli ivarettatt og hvordan opptakene ble lagret. Respondentene ble også informert om deres taushetsplikt angående pasienter før intervjuet, men også under intervjuet før spørsmål som tok opp konkrete erfaringer og utfordringer. Varigheten av hvert intervju lå mellom 35-45 minutter. Intervjuguiden ble brukt aktivt for å holde en god progresjon. Det er lov å spørre om ting som er uklart og bruke oppfølging og utdypende spørsmål (53). Oppfølgingsspørsmål og dialogisk validering² ble derfor brukt aktivt. Respondentene fikk mulighet til å oppsummere hva de mente var det viktigste som kom fram i samtalen. De fikk også mulighet til å foreslå spørsmål og svare på tema som ikke ble tatt opp for læring og som eventuelt kunne tas med videre i prosessen. Det var viktig å prøve å holde en så åpen intervjusituasjon som mulig,

² Dialogisk validering er avklaring av eventuelle misforståelser og uklarheter mellom samtalepartnerne (53).

fordi det øker sjansen for svar som er spontane og uventede – samtalen blir mer levende (53). Jeg prøvde å formulere spørsmålene slik at de ikke ble for direkte, men slik at det ble mer åpent for hvordan respondentene valgte å svare. Det var også respondenter som under samtalen spontant kom inn på noen av spørsmålene fra intervjuguiden, før spørsmålene kom.

4.2.0 Forskningsprosessen

Innledningsvis i rekrutteringsprosessen var min plan at prosjektet skulle inneholde respondenter bare fra egen region som er helseforetak i helse Nord. Etter at jeg hadde gjort ferdig noen intervjuer med disse og begynt å analysere materialet bestemte jeg meg for å utvide til andre helseforetak fordi jeg mente materialet inneholdt mye likheter. Jeg ønsket derfor å prøve å fange opp eventuelle andre nyanser og syn på problemstillingen enn det som foreløpig hadde tegnet seg. Spesielt med tanke på at andre helseforetak hadde ordninger med psykiatriambulanser og at det derfor kunne være andre syn på både organisering og opplæring der i forhold til dette. Jeg ønsket også fange opp andre opplevelser som var knyttet til by-strøk kontra distrikt fordi materialet som først ble analysert baserte seg på distrikts tjenester. Derfor sendte jeg ut forespørsler til både helse midt, sør øst og vest for å få et så bredt sammensatt utvalg. Det var beklageligvis ingen som responderte positive på invitasjonen til å delta i forskningsintervjuene.

4.2.1 Rekrutering og utvalg

Utvalget i denne undersøkelsen er derfor ambulanspersonell fra region Helse Nord. For å unngå for store datamengder i forhold til arbeidsmengde, tid og oppgavens rammer fra Universitet i Stavanger, ble antallet begrenset til 7 informanter. I kvantitative studier bestemmer effektberegninger hvilken prøvestørrelse som er nødvendig for å demonstrere effekter av en viss størrelse fra et inngrep. For kvalitative intervjustudier finnes ingen lignende standarder for vurdering av utvalgsstørrelse (56). Hvor mange deltakere det er behov for bestemmes av informasjonstyrken i utvalget (55). Dess høyere informasjonstyrke jo færre intervjuer er nødvendig, og ved lav informasjonstyrke dess større utvalg er nødvendig (55). Informasjonsstyrken har sammenheng med problemstillingen, utvalgets spesifisitet i forhold til problemstillingen, teori, analysemetode, og kvaliteten i samtalen under intervjuene (55).

I henhold til spesifisitet ved sammensettingen av utvalg var kriterier under rekrutteringsperioden at de må jobbe i ambulansetjenesten. Jeg tok i utgangspunktet ikke

hensyn til om det er sykepleiere, ambulansesarbeidere, eller paramedisinere. Da meningen med datainnsamlingen var å finne ut hvordan de ansattes livsverden oppleves, kan det nok være forskjeller mellom de forskjellige profesjonene, men det er uansett det samlede resultatet og variasjonen i opplevelser som skulle studeres, og da gjaldt dette i utgangspunktet alle som jobber der. For å være sikker på å få størst mulig bredde i erfaringene bestemte jeg meg uansett for et strategisk utvalg (55) av utdanningsbakgrunn, med både fagarbeidere, sykepleiere og paramedisinere, da det kan være viktig for deler av undersøkelsen, og de spørsmål jeg skulle ta opp – fordi det er forskjell i kunnskapsgrunnlaget og mål i fagplaner, læreplaner, og programplaner i de forskjellige utdanningene.

Jeg kontaktet ledelsen for ambulansetjenesten og forskningsavdelingen i helseforetakene per e-post og forklarte litt om studiet og hvorfor jeg ville skrive om temaet i oppgaven. Jeg ba om å bli kontaktet for nærmere avtale om hva jeg trengte for å gjøre undersøkelsen. Jeg sendte et infoskriv på e-post til informanter som ledelsen kunne sende videre til de ansatte. Jeg kontaktet også personell direkte. Informasjonsskrivet informerte om hvorfor respondenten fikk spørsmål om deltagelse, bakgrunn, motivasjon for valg av tema og målsetting med oppgaven, ansvarlige for prosjektet og hva deltagelse ville innebære for respondentene.

4.2.2 Respondentene

Det var 12 frivillige respondenter som meldte seg. Jeg har vurdert bredden av disse, altså gjort valg som best mulig representerer flere av profesjonene, alder, kjønn og erfaring. Det ble ikke tatt hensyn til alder og kjønn når rekrutteringen startet, men det ble gjort valg utfra alder i ettertid. Dette fordi det kan bli vanskelig å få fram data og nyanser som produserer kunnskap hvis materialet er for homogent (55). For å sikre et mer heterogent materiale var jeg er interessert i å få informanter med både lang, medium og noe erfaring, eller som har få års erfaring. Det vil være forskjeller i opplevelser og erfaringer med forskjell i tid i tjenesten. Det er vanlig å gjøre utvalg ut fra pragmatiske hensyn, fordi det kan være vanskelig å rekruttere gunstige strategiske utvalg (55). Jeg gjorde til slutt en strategisk sammensetning i forhold til alder, erfaring og utdanning for å sikre et bredt og sammensatt utvalg. Utvalgets alderskategori, erfaringsspenn og utdanningsoversikt er presentert i tabell 8. Av hensynet til anonymitet beskrives ikke respondentene nærmere.

Tabell 8

Prøvefordeling ($n=7$)

		Nummer	Prosent
Utdanning	Ambulansearbeider	6	85
	Paramedic	1	14
	Sykepleier	3	43
Kjønn	Kvinne	4	57
	Mann	3	43
Alder	18-29 år	2	29
	30-39 år	2	29
	40-49 år	2	29
	50-59 år	1	14
Erfaring	1-5 år	2	29
	6-10 år	2	29
	11-20 år	1	14
	> 20	2	29

Respondentenes bakgrunn og erfaring i ambulansetjenesten. Enkelte har en kombinasjon av utdanningsbakgrunn og andre har kun en av utdanningene, derfor er utdanningsantallet ulikt prøvefordelingen.

4.3.0 Reliabilitet og validitet

Reliabiliteten sier noe om nøyaktigheten av hvordan undersøkelsen er utført og validiteten er hva undersøkelsen ga informasjon om og svar på, basert på problemstillingen (54). Først har jeg tatt stilling til om hvor relevant problemformuleringen er, deretter om det utvalget jeg satt igjen med etter datainnsamlingen ga et relevant svar på de spørsmålene som ble stilt i oppgaven, og om funnene ga relevante svar på problemstillingens spørsmål (avsnitt 6.2.2).

Det er viktig å stille spørsmål om gyldigheten av det vi innhenter av kunnskap rundt undersøkelsen (55). Er min metode en logisk vei til kunnskap, og vil den kunne belyse problemstillingen på en god måte? Validitet eller gyldighet er altså avklaring av muligheter,

begrensninger og relevans av de data jeg har innhentet. Jeg har refleksivt vurdert hva dataene både sier noe om, og hva de ikke sier noe om (55) (avsnitt 6.2.5).

Konsensus er sjeldent et validitetskriterium i kvalitative studier (55). Det er ikke nødvendigvis slik at analysen blir bedre med flere involverte som har blitt enige, men det kan uansett være nyttig med ulike blikk for å fange opp ulike perspektiver og nyanser på kunnskap (55). Som jeg beskriver i analysen, valgte jeg å gjøre analysen på egenhånd med de begrensninger det ville medføre (avsnitt 4.5.4). Et annet mål på validiteten av de dataene som innhentes i undersøkelsen er om kunnskapen jeg sitter igjen med faktisk kan brukes til noe. Uten at kunnskapen er anvendelig, er validiteten dermed begrenset (55). Derfor er også målet at sammenfatningen av funn kan danne grunnlag for ny kunnskapsutvikling.

4.3.1 Forforståelse

Jeg hadde noen forventninger om resultater basert på egen erfaring og kunnskap, og derfor er det en bagasje som jeg bringer med meg inn i undersøkelsen (55). Forventingene mine var at respondentene ville beskrive både kompetanse, trening og samhandling. Min forforståelse kommer både fra min utdanning som ambulansarbeider, paramedic og sykepleier, og over 30 års arbeidserfaring prehospitalt og fra akuttmottak. Det er derfor åpenbart at jeg har erfaringer med lignende situasjoner som intervjuene avdekker. Derfor var jeg også bevisst dette når jeg planla og utførte intervjuene. Planen var å innta en så nøytral holdning som mulig og prøve å være forsiktig med hvilken ordbruk og framtoning jeg hadde under intervjuene, for å påvirke respondentene minst mulig, slik at det var deres opplevelser og praksiserfaringer som kom frem (avsnitt 6.2.4)

4.4.0 Etske overveielser

I et forskningsprosjekt må det tenkes gjennom konsekvenser av det som planlegges gjort (53). Helsefaglige forskningsprosjekt, herunder kvalitative studier, trenger forhåndsgodkjennelse av REK³, men mindre prosjekter som «med lite sensitive problemstillinger» trenger ikke forhåndsgodkjenning (55, s. 218). Men jeg har uansett søkt om fremleggingsvurdering fordi prosjektet omhandlet behandling av pasienter og dermed var i "gråsonen" i forhold til hva

³ Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) er hjemlet i forskningsetikkloven (De nasjonale forskningsetiske komiteene). Komiteene er sammensatt av personer med ulik fagbakgrunn, lekrepresentanter og representanter for pasientforeninger (55, s 218).

som trenger godkjenning. Svaret fra REK er at undersøkelsen ikke er søknadspliktig, fordi prosjektet ikke søker ny kunnskap om helse og sykdom (Vedlegg 5). Det ble også søkt om tillatelse til behandling av personopplysninger og fremlagt databehandlingsplan hos Norsk senter for forskningsdata. Godkjenning foreligger i vedlegg 6.

En del av etiske overveielser er også å se på nytten av undersøkelsen, og spesielt se hva forfatteren av innhentet litteratur mener nytten kan være (53). Hvem har nytte av kunnskapen? Jeg mener min undersøkelse vil kunne ha nytte for både hjelper og pasient, målet er jo at det skal ha nytte for både fagutvikling og komme de med ROP-lidelser til gode ved at ambulanspersonellet blir i bedre stand til å ivareta sine pasienter.

Respondentene ble informert om hvordan intervjuet skulle foregå, at deltagelsen var basert på frivillighet og informert samtykke. De ble også informert om min taushetsplikt og anonymiteten til respondentene (Vedlegg 2). Det kan oppstå situasjoner hvor det oppstår en fortrolighet i intervjuet der informanten forteller om mer enn man har spurt om. Det er nødvendig å forklare konkret hva en skal gjøre for å bevare informantens anonymitet (53). Anonymiteten er ivaretatt med at jeg bare omtaler deres arbeidsplass som et område i ambulansetjenesten i Helse Nord uten å konkretisere nærmere. Jeg har også aidentifisert transkripsjonene ved å fjerne andre kjennetegn som kan identifisere deltakeren direkte eller indirekte når dette kommer frem. Informasjonsskrivet som ble sendt respondentene er etter mal fra Norsk senter for forskningsdata (57).

4.4.1 Lagring av data

Jeg har brukt «Nettskjema diktafon» på mobilen til å spille inn intervjuene. Dette er en tjeneste som lagrer og krypterer lydopptakene hos Universitetet i Oslo (Vedlegg 9). Jeg har også passord-begrenset tilgangen. Når jeg transkriberte lydopptakene, kunne jeg samtidig aidentifisere dataene (fjerning av direkte og indirekte kjennetegn). De aidentifiserte, transkriberte filene ble kategorisert som «grønne data» (fritt tilgjengelige) og lagret på egen datamaskin så lenge maskinen og/eller filene var passord beskyttet og/eller kryptert i henhold til retningslinjer ved Universitetet i Stavanger (58). Når jeg brukte de aidentifiserte transkripsjonene til analyser, var også filene jeg brukte til analyser grønne data. Det ble søkt om og gitt godkjenning fra NSD for dette (Vedlegg 6).

4.5.0 Analyse

Målet med analysen er å stille spørsmål til det empiriske materialet, lese og organisere data systematisk med støtte fra relevant teori, og gjenfortelle svarene slik at det blir både forståelig og relevant (55). Det vil si, jeg har måttet skaffe oversikt og orden over innsamlede data slik at jeg lettere kan formidle det videre. Det jeg har arbeidet med i forhold til mine kvalitative data (intervjuene) er først å få frem de forskjeller og likheter som ligger i utsagnene mellom de forskjellige informantene om det fenomenet som studeres (54).

4.5.1 Transkribering

Jeg transkriberte datamaterialet selv. Dette var en tidkrevende jobb. Men samtidig var det en viktig måte å få oversikt over materialet, og slik at man kan allerede da så smått kan begynne med analyse av dataene. I noen av intervjuene tok jeg med i transkriberingen pauser og usikkerhet rundt svarene, men dette tok så my tid at det bare gjaldt cirka halvparten. Etter hvert holdt jeg meg til å bare skrive ordrett hva som ble sagt. Siden jeg selv har lyttet til og transkriberte intervjuene husker jeg hvordan det som ble sagt ble oppfattet, derfor var det ikke nødvendig å legge inn pauser og lignende i teksten.

4.5.2 Systematisk tekstkondensering (STC)

Jeg har valgt å analysere datamaterialet med systematisk tekstkondensering (Tabell 9), fordi den både anbefales for uerfarne, og gir en god innføring i hvordan analyseprosessen kan gjøres på en enkel og overkommelig måte (55). Metoden er pragmatisk for tverrgående analyse av kvalitative data (55). Selv om jeg har gjort kvalitativ undersøkelse før, har jeg ikke tidligere erfaring med systematisk gjennomføring av analysearbeidet, derfor anser jeg meg selv som nybegynner i systematisk datanalyse, og valgte derfor STC. Den er også god som metode ved utforskede fenomener og ved et begrenset antall deltagere (59). Dette prosjektet består av et begrenset antall deltagere, og jeg mener at dette fenomenet i norsk målestokk er utforsket.

Tabell 9

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 kode 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

Begrepsbruk i STC analysetrinn (55, s. 112).

4.5.3 Analysetrinn 1. Totalinntrykk – fra kaos til temaer

I analysetrinn 1 var målet å danne seg et helhetsbilde og bli kjent med datamaterialet, og identifisere tema som kunne representere nøkkelinformasjon av opplevelser ambulanspersonell har i psykiatrioppdrag (55). Først leste jeg gjennom materialet flere ganger uten å notere for å danne meg et inntrykk av hvilke temaer som forelå i dataene. Det anbefales i dette trinnet å begrense temaer for å kunne holde god oversikt (55). Jeg begrenset meg derfor til fem tema som jeg mente sto rimelig klart fram i datamaterialet. I dette trinnet er det viktig å sette min forforståelse og teoretiske perspektiv på vent uten at problemstillingen glemmes. Det skal også foreløpig legges til side det jeg tror jeg vet om psykiatrioppdrag (55). Jeg konsentrerte meg derfor kun om det som teksten fortalte og prøvde å ikke trekke inn mine tanker og erfaringer når jeg tematiserte.

Etter å ha lest gjennom alle intervjuene uten å notere kom jeg fram til noen tema som jeg mente kom tydeligere frem enn andre. Jeg leste intervjuene på nytt denne gangen med notater underveis, og jeg sammenlignet notatene med de tema jeg kom til ved første gjennomlesning, og kom dermed fram til fem tema. Disse var:

Tema 1) Bekymringer rundt sikkerhet; dette var det temaet som jeg mente var det kom tydeligst frem i samtalen uten at det spørres konkret om det, og som jeg merket meg allerede under intervjuet. Det ble derfor videreutviklet gjennom analysearbeidet gjennom koding og subgrupper som hovedfunn. Det virker som en grunnleggende bekymring ved slike oppdrag, og at holdningene ambulanspersonellet har til dette tilsier at det er en del av oppdragenes natur – at egen sikkerhet må og skal avklares, og tas på alvor under og før hvert enkelt oppdrag iverksettes. Ved spørsmål om hvilke tanker som respondentene har når de får et oppdrag som mistenkes å være om ROP-lidelser, var det egensikkerhetsspørsmålet som det sies noe om først og ble hovedtema under spørsmål om tanker rundt psykiatrioppdrag. Dette kommer fra alle informantene. Derfor var det ikke tvil om at dette funnet måtte omtales da dette må ses som et viktig funn, fordi det sier noe om opplevelser og utfordringer som ambulanspersonellet utsettes for i alle slike oppdrag, og hvordan det dermed kan påvirke løsning av oppdrag, pasientbehandlingen og ambulanspersonellens generelle arbeidshverdag.

Tema 2) Kompetanseutfordringer; gikk som en rød tråd gjennom hele intervjuet og virket inngripende i mye av de utfordringer som ambulanspersonellet har i slike oppdrag. Temaet ble videreutviklet gjennom koding og subgrupper i de videre analysetrinn.

Tema 3) Organisering av ressurser; var temaet jeg først tenkte på når respondentene svarte på spørsmål om ambulansetjenesten blir brukt riktig i psykiatrioppdrag eller ikke – om det er riktig ressursbruk, og om akuttpsykiatriens plass i akuttmedisinen. Deler av temaet ble med videre i analysen, men ikke som hovedfunn under koder, fordi jeg mente temaet ikke passet som hovedfunn og kode etter analysetrinn 2. Deler fra temaet fikk derfor navnet; Psykiatriens plass i akuttmedisin i subgruppe under koden Fagutvikling (avsnitt 3.5.6.).

Tema 4) Holdninger i psykiatrioppdrag; her handler det både om de svar respondentene gir rundt flere sammenhenger, både egne holdninger, og holdningene til de som overtar pasientene fra ambulansetjenesten har til pasientene. Dette mener jeg er viktig i hvordan man ser på denne pasientgruppen i forhold til andre akuttmedisinske spørsmål, og dermed prioriteringen i tjenesten. Dette temaet ble ikke videreført som hovedfunn i analysen, men dukker opp i det videre analysearbeidet.

Tema 5) Manglende fokus i tjenesten; er også et generelt inntrykk og noe som gjentas av flere respondenter i flere sammenhenger og spørsmål – at det er manglende søkelys på ROP-

lidelser generelt i ambulansetjenesten med manglende fokus på retningslinjer, utdanning, kurs og øvelser og også manglende offentlige retningslinjer, tverrfaglig kommunikasjon mellom etater, trening, mangel i oppfølging av ambulansepersonellet, manglende forståelse av oppfølging og definitiv behandling av pasienter. Deler av temaet ble videreført i analysen under andre koder og subgrupper, men temaet ble ikke kodet som hovedfunn i videre analysearbeidet.

Disse temaene og beskrivelsen av dem er helhetsinntrykket jeg satt igjen med etter første analysetrinn. Temaene er dermed ikke resultater, men representerer starten på organiseringen av materialet (55;59).

4.5.4 Analysetrinn 2. Identifisere og sortere meningsenheter – fra temaer til koder

I dette trinnet ble materialet som skulle studeres nærmere organisert og alt annet materiale ble lagt til siden (55). De temaer som foreløpig var funnet dannet grunnlaget og ble bearbeidet til 3-5 kodegrupper som ble tatt med videre i analysen. I trinn 2 anbefales det at flere enn 1 forsker ser på dataene, for å kunne komme fram til flere nyanser (55). Siden dette bare er en anbefaling, og det er ikke et krav om konsensus mellom flere forskere, valgte jeg av pragmatiske årsaker å gjøre analysearbeidet alene. Etter at koder fra temaer som skal belyse min problemstilling ble identifisert, ble materialet gjennomgått linje for linje, for å identifisere meningsbærende elementer (55). Det ble skilt mellom relevant og irrelevant tekst, og det som kunne tenkes å belyse problemstillingen ble sortert. Koding betyr at det blir gjort en detekstualisering (55). Under hver kode ble det lagt meningsbærende elementer som i teksten fra intervjuene ble tatt ut av sin originale sammenheng, og satt sammen med andre beslektede meningsbærende enheter. Den delen av teksten som ikke belyste en kode ble lagt til side (55).

Det var utfordrende å lære seg å analysere metodisk istedenfor å ha forforståelsen og intervjuguiden som utgangspunkt for tema og koder. Så det ble en del fram og tilbake mellom tema, intervjuguide og koding før jeg ble enig med meg selv om kodegrupper. Her så jeg også at det kunne ha vært en fordel med flere forskeres syn på materialet.

Jeg leste systematisk gjennom teksten linje for linje for å identifisere betydningsenheter. Etter prøving og feiling kom jeg fram til fem koder som jeg mener belyser problemstillingen – som er opplevelser av utfordringer, mangler, og forbedringspotensialer i ambulansetjenesten som

berører psykiatrioppdrag. Hver kode ble laget som eget dokument. Jeg kodet sammen de meningsbærende enhetene og plasserte de i kodegruppene der jeg mente de best hørte til. Jeg måtte justere kodene underveis fordi de ikke var beskrivende nok for de meningsbærende enhetene. De fem kodegruppene fikk i dette trinnet navn etter de delene av problemstillingen jeg mente de belyste best så langt i analysen, og det informantene hadde vært tydeligst opptatt av:

Kode 1) utfordringer med trusler og egensikkerhet; var en helt tydelig beskrivelse av utfordringer og som dermed var naturlig å videreføre fra tema 1 i trinn 1 og til videre koding som hovedfunn.

Kode 2) Mangler i akuttkjeden; her er det en tilsynelatende kritikk til et overordnet system som respondentene mener ikke ivaretar hverken pasient eller helsepersonell som skal ta seg av pasientene med ROP-lidelser, fra alarmen går til definitiv behandling. Denne koden er videreutvikling av deler av tema 5 fra trinn 1 og ble videreført som hovedfunn under ny kode med subgrupper i den videre analysen.

Kode 3) Opplevelse av fagutvikling og kompetansenivå; beskriver både respondentenes oppfatninger om egen kompetanse og mangler, men også kollegers og andre etaters kompetanse. Det tas også et oppgjør med fagutviklingen generelt med å sette søkelys på mangler i prioriteringer i fagutvikling og offentlige retningslinjer. Denne koden er en videreutvikling av tema 2 fra trinn 1. Jeg fant ut at kode 3 representerer to viktige adskilte fenomener, derfor ble de delt videre i to koder – kode 3 Kompetanseperspektivet og kode 5 Fagutvikling (avsnitt. 3.5.6).

Kode 4) Opplevelse av bistand og samarbeid; handler om de opplevelser og utfordringer ambulansepersonellet opplever med tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon med primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten inkludert AMK og politiet. Denne koden er en videreutvikling av tema 3 fra trinn 1 og ble med videre som et hovedfunn i ny kode i videre analyse fordi det var fremtredende og tydelig gjennom hele analysen.

Kode 5) Prioriteringer i tjenesten; her mener jeg respondentene snakker om problemer med organisasjonskultur og det som har med både helsepersonells holdninger til fagfeltet og hva som både de og ledelsen prioriterer som de viktige tingene i tjenesten som kanskje kan gå på

bekostning av prioriteringer i ROP-feltet. Denne koden er også en videreutvikling av deler fra tema 3 i trinn 1, men ble ikke kodet videre som hovedfunn, men ble med videre i analysen fordi den ble viktig som subgruppe under kode 5 Fagutvikling.

Hver kodegruppe kan nok belyse flere deler av problemstillingen, fordi det er naturlige glidende overganger mellom både utfordringer, mangler og forbedringspotensialer. Poenget er uansett at meningsinnholdet i hver kodegruppe samlet skal belyse alle deler av problemstillingen. Kodene inneholder også elementer og kjennetegn fra intervjuguiden. De deler av teksten som ikke belyste noen av kodene godt nok, eller som ble sett på som bare unødvendige gjentakelser av samme tekst, ble i denne delen lagt til side.

4.5.5 Analysetrinn 3. Kondensering – fra kode til mening

De meningsbærende enhetene ble sortert i trinn 2 under hver av de fem kodegruppene de hørte best til, og det var deretter klart i trinn 3 å etablere subgrupper under hver kode. Sortert informasjon fra trinn 2 ble abstrahert. Dette ble gjort ved å bruke de meningsbærende enhetene som var kodet i samme kode for å lage kondensater som gjengir en felles/overordnet mening (55). De meningsbærende enhetene ble brukt til å lage subgrupper, og deretter ble de meningsbærende enhetene i hver subgruppe sammensatt til et kondensat – et kunstig sitat som bærer i seg meningen eller den originale uttrykksformen fra hver respondent (55).

Kondensatet er ment å sammenfatte meningsinnholdet i hver av subgruppene. Til hvert kondensat ble det valgt et sitat som skal illustrere innholdet på en god måte (55). De meningsbærende enhetene ble gjennomgått flere ganger for å sikre riktig plassering, og problemstillingen må ikke glemmes i dette arbeidet (55). Subgruppene skal bidra til å nyansere de meningsbærende enhetenes innhold (55). Subgruppene ble heretter den delen av materialet som ble analysert.

Materialet som det ikke ble funnet meningsbærende enheter ble lagt til siden. Også i denne delen av analysen anbefales det at det er flere som gjør analysen, fordi man får flere perspektiver å analysere ut fra (55). Jeg har gjort dette arbeidet på egenhånd, slik at det er mitt personlige og faglige perspektiv som påvirker valg av subgrupper. Hensikten med at flere gjør forhandlinger om subgrupper er at det skal kunne gi flere mulige tilnærminger og tolkninger (55). Men siden det ikke er et mål med konsensus for subgruppene, valgte jeg av pragmatiske årsaker, og tidspress – å foreta analysen på egenhånd.

Jeg hadde ingen større problemer med å plassere de meningsbærende enhetene i subgrupper, og det gikk også relativt problemfritt å sette sammen kondensat. Selvfølgelig var det litt uenighet med meg selv om plassering – hvor de forskjellige meningsbærende enhetene passet inn, navn på subgrupper og hvordan ordlyden skulle framstå, noe som tar tid, men det var en relativt overkommelig oppgave. Det er her det kan være en fordel i henhold til tidsbruk å gjøre arbeidet alene, men samtidig en svakhet fordi jeg ikke forhandler med andre om forskjellige synspunkter.

4.5.6 Analysetrinn 4. Syntetisering – fra kondensering til beskrivelser og begreper

Kondensatene ble i trinn 4 sammenfattet og omgjort til en analytisk tekst i form av fortolkede synteser (55). Teksten skal nøkternt formidle respondentenes fortellinger. Kondensatene ble brukt til å lage en analytisk tekst under hver subgruppe og kodegruppe. Teksten skal formidle til leseren at det er jeg som tolker respondentenes beskrivelser, og formidle hva materialet forteller om en utvalgt del av problemstillingen (55). Teksten skal skape ny kunnskap når jeg i tredjeperson gjenforteller respondentenes historier, og skal tydelig framstå ved at den formidler fellestrekk fra flere varierte fortellinger, og ikke bare presenteres som enkeltstående beskrivelser (55). Subgruppene fikk hver sitt avsnitt og skal gi kunnskap om hovedfunn under hver kodegruppe. Avsnittene skal vise de funn som er gjort og ikke hva som er undersøkt (55). Den analytiske teksten ble etablert og illustrert med et «gullsitat» fra respondentene, ikke som et bevis for analysen, men for å understreke og berike teksten (55). Den analytiske teksten skal formidle en fortolket syntese av det respondentene har beskrevet og danner utgangspunktet for resultatpresentasjonen (55). Resultatene presenteres som en sammenfatning av materialet fra innsamlede data i intervjuene, via bearbeiding i den analytiske teksten, til generell kunnskap. Hovedfunnene er det som skal prioriteres i resultatpresentasjonen og jeg er derfor ikke forpliktet til å gjengi alle data. Det er til slutt laget en godt gjennomtenkt kort overskrift i hver kodegruppe som sammenfatter funnene (55).

Det har vært en ganske lang prosess med, og tvil rundt, å finne gode overskrifter for koder og subgruppene, og hvilke koder subgruppene egentlige hørte til under. Sammenfatningen av meningsbærende enheter til kondensat følte jeg gikk enklere, da det var ganske klare sitater og ingen store variasjoner som gjør at de ikke passer i samme kondensat. Det er heller et problem at den analytiske teksten kunne bli for lik i de forskjellige subgruppene og derfor måtte jeg kutte ut enkelte av disse, og også se på om jeg kunne konstruere sammen

forskjellige analytiske tekster, i subgruppen de bedre hørte hjemme i. Det var mye arbeid med dette og underveis måtte jeg på nytt ta stilling til problemstillingen, og spørre meg om materialet er godt nok for problemstillingen, og om problemstillingen samsvarer med funn i materialet. Jeg har derfor analysert meningsbærende enheter, koder og subgrupper på nytt, og justert både på dem og problemstillingen, etter nye oppdagelser. Hva som bør være med i drøftingsdelen er også en prosess som har pågått under analysen, fordi nye perspektiver dukker opp, og tidligere ideer faller bort. Jeg har også under analysen også stilt meg selv spørsmål om prosjektet i seg selv er godt nok.

Prosesen med å utarbeide overskrifter til mini- kondensat som skal sammenfatte funnene i kodegruppene, har vært pågående gjennom alle trinn i analysen. Jeg kom til en endelig sammenfatning i hver av de fem kodegrupper fra analysetrinn 2, med korte overskrifter som er anbefalt (55). Overskriftene speiler det jeg mener beskriver best de funn kodene inneholder i subgruppene: 1) Sikkerhetsaspektet, 2) Systemkritikk, 3) Kompetanseperspektivet, 4) Samarbeidsklima, og 5) Fagutvikling. Subgruppene ble også gitt hver sin overskrift under hver kodegruppe. Materialet med sammenfatninger og subgrupper ble også diskutert med og gjennomgått av veileder på dette tidspunkt. Det ble deretter gjort en omgruppering av en subgruppe til en annen kode.

Under kode 1) Sikkerhetsaspektet er det to subgrupper:

- a) Bekymringer rund egensikkerhet
- b) Rutiner for å styrke sikkerheten.

Helt fra analysetrinn 1 har denne koden stått klart fram og gått igjen fra tema til kode i trinn 1 og 2. Som overskrift a) sier oppfatter jeg det som respondentene forteller som bekymringer om at hvert enkelt psykiatrioppdrag inneholder potensiale for trussel mot egensikkerheten. Noen har erfaringer med vold og trusler som gir bekymringer, og noen oppfatter alle psykiatrioppdrag som trusler mot sikkerheten i seg selv, fordi det er en del av oppdragets natur – at man aldri vet hvordan pasienter med ROP-lidelser kommer til å reagere eller fremtre. De fleste oppfatter jeg også som bekymret over at de ikke har nok kompetanse til å forstå eller møte disse utfordringene jeg har nevnt. Overskrift b) Rutiner for å styrke sikkerheten, kom jeg fram til fordi det virker ut fra fortellingene fra flere respondenter rutinemessig å gjøre forberedelser sammen med makker på hvilke trusler man kan møte i psykiatrioppdrag, og samtidig å gjøre god informasjonshenting fra AMK.

Under kode 2) Systemkritikk er det to subgrupper:

- a) Mangelfulle pasientforløp
- b) Svingdørsproblematikk.

Overskrift kode 2 er videreutviklet fra tema 5 i analysetrinn 1 via kode 2 i trinn 2. Fra subgruppe a) Mangelfulle pasientforløp valgte jeg som overskrift fordi det beskrives av respondenter som om pasientene ikke får den helsehjelpen de har krav på gjennom flere ledd i helsetjenesten. Overskrift b) Svingdørsproblematikk ble valgt fordi respondentene kritiserer at det i distriktene tar for lang tid før pasientene kommer til definitiv behandling og at ventetiden også kan innebære at de ikke kommer til behandling fordi pasienten ombestemmer seg og nekter behandling. Også de som behandles i spesialisthelsetjenesten kommer tilbake etter kort tid uten plan og god nok oppfølging. Disse pasientene omtaler respondentene som svingdørspasienter eller gjengangere.

Under kode 3) Kompetanseperspektivet er det tre subgrupper:

- a) Egen kompetanse
- b) Kollegers kompetanse.
- b) Kvalitet i vurderingsgrunnlaget

Overskrift kode 3 er videreutviklet fra tema 2 i analysetrinn 1 via kode 3 i trinn 2.

Overskriftene a) og b) i subgrupper skal reflektere egen og kollegers kompetanse i det perspektivet som respondentene opplever dem, som betyr at det nødvendigvis ikke beskrives konkret mangel i formal eller real kompetanse, selv om dette også legges vekt på, men også følt avstand mellom kompleksiteten i psykiatrioppdrag og det som man har ønske om å kunne utføre av helsehjelp. Overskrift c) Kvalitet i vurderingsgrunnlaget valgte jeg både på grunn av respondentenes beskrivelser av at ambulanspersonellet ikke alltid stoler på at den riktige vurderingen er tatt hvis pasienten forblir hjemme. Enkelte respondenter setter også spørsmålstegn ved ambulanspersonellets eget vurderingsgrunnlag som beslutningstagere. Subgruppe c) var opprinnelig i kode 2 men ble flyttet etter forhandlinger med veileder.

Under kode 4) Samarbeidsklima er det tre subgrupper:

- a) Samarbeid innad i primærhelsetjenesten,
- b) Samarbeid med spesialisthelsetjenesten
- c) Samarbeid med politiet.

Overskrift kode 4 er en videreutvikling via kode 4 i trinn 2, utviklet fra tema 3 i trinn 1.

Overskriftene er valgt enkelt på bakgrunn av at respondentene forteller om både positive og negative erfaringer og sider av opplevelsene ved dette samarbeidet.

Under kode 5) Fagutvikling er det tre subgrupper:

- a) Interne prioriteringer i tjenesten
- b) De ikke-tekniske ferdigheter
- c) Psykiatriens plass i akuttmedisinen.

Overskrift i kode 5 er en videreutvikling av deler fra tema 3 fra trinn 1 via kode 5 fra trinn 2.

Overskrift a) Interne prioriteringer i tjenesten valgte jeg fordi respondentene forteller om mangel på intern opplæring og øvelser og mangel på kjennskap til retningslinjer. Overskrift b) De ikke-tekniske ferdigheter valgte jeg fordi respondentene kritiserer at det legges mest vekt på tekniske ferdigheter og trening i tjenesten, men det er et ønske om mer fokus på de ikke-tekniske ferdigheter som for eksempel kommunikasjon. Overskrift c) Psykiatriens plass i akuttmedisin valgte jeg fordi respondentene forteller om sine meninger om ambulansetjenestens forhold til akuttpsykiatrien, utdanning og ressursbruk.

5.0 Resultat

5.1.0 Sikkerhetsaspektet

5.1.1 Bekymringer rundt egensikkerhet

Respondentene uttrykker alle, mer eller mindre, usikkerhet rundt oppdrag med ROP-lidelser. Det uttrykkes ikke frykt for slike oppdrag, men en respekt for at dette kan bli både utfordrende og mulig farlige situasjoner. Dette kan komme fra en kombinasjon av egen erfaring, følelse av utilstrekkelig kompetanse og oppdragenes natur. Når respondentene spørres generelt om utfordringer i tjenesten relatert til psykiatrioppdrag, er sikkerhetsaspektet som oftest det første de tar opp i samtalen – at de er opptatt av sikkerheten, først og fremst egensikkerhet. De er opptatt av å finne ut om oppdraget er av en slik karakter at det mulig kan utvikle seg til vold mot egen person, makker, eller om det de kan utsettes for trusselsituasjoner og utagerende pasienter.

«Jeg tenker er dette en trussel mot meg når vi får et psykiatrioppdrag –må vi ha bistand fra politiet før vi kan gå inn i situasjonen, eller om vi må avvente?»

Det uttrykkes også at dette er «vanskelige oppdrag» og at man må «gi av seg selv». Det at selv om man må «gi av seg selv» i andre oppdrag også, kan nok så ses det på som at de mener det er mer utfordrende og spesielt vanskelig i psykiatrioppdrag, fordi det kan være både tidkrevende og setter tålmodigheten på prøve – man må være utholdende mentalt over tid, og selv da er det usikkert om at man kommer til tilfredsstillende løsninger. Det tolkes derfor som om at det at man utfordres på blant annet er de ikke-tekniske ferdigheter som for eksempel kommunikasjon, både verbal og non-verbal – ikke bare for å få god kjemi med pasienten for å kunne forstå og hjelpe, men også slik at man ikke eskalerer eller trigger en situasjon til å utvikles til en mulig voldssituasjon.

«Jeg tenker at jeg egentlig må være forberedt på å gi litt mer av meg selv enn ved andre oppdrag – det er vanskelig oppdrag, utfordrende, fordi man vet ikke helt hvordan man skal angripe det».

«Man må være forsiktig med hvilke signaler man sender slike pasienter, fordi de sanser det. Det er vanskelige oppdrag – man må være bevisst egen fremtoning og det nonverbale».

Fra flere av respondentenes side ser det ut som om det handler mye om at de må være forberedt på at voldelige situasjoner kan oppstå ved et hvert oppdrag som handler om ROP. Dette uttrykkes også på bakgrunn av tidligere erfaringer de har hatt, der det har vært trusler mot og til og med erfaring med vold mot egen person. Altså er tanken om at voldelige situasjoner kan oppstå også en personlig erfaring, og ikke bare en generell usikkerhet, eller frykt i slike oppdrag. Det fortelles fra noen respondenter spesielt om bekymring om vold i oppdrag relatert til rus.

«Man får en litt sånn negativ tankegang når det gjelder psykiatri, fordi det er ofte forbundet med litt bråk og det kan være fare for vold. Det er egentlig mest når det handler om oppdrag med rus at jeg tenker slik».

Noen av respondentene forteller også om at de går inn i situasjoner der de kanskje burde ventet til de fikk bistand fra politiet, men fordi ressurser ikke er tilgjengelige, og at man føler man har en plikt til å gjøre noe eller hjelpe, så begir de seg likevel inn i mulige trusselsituasjoner uten politibistand, med fare for egen sikkerhet. Her kan det tilsynelatende høres ut som ambulansepersonellet i noen tilfeller går på akkord med ambulansetjenestens interne retningslinjer som sier at «hvis pasienten oppfattes som truende, trekk deg unna og vurder assistanse (lege, politi).

«Det er en stor utfordring hvis jeg føler at min egensikkerhet er truet. Vi får ikke alltid bistand fra politiet fordi de ikke har ressurser. Vi må gå inn i situasjoner der politiet egentlig burde vært til stede.»

Noen har også personlige erfaringer fra oppdrag der de er blitt utsatt for eller truet med vold. Selv om de klarer over farene og tar forhåndsregler, kommer trusler og vold tilsynelatende likevel som en form for overraskelse.

«Når det gjelder rus så har jeg jo opplevd å bli angrepet – pasienten ble voldelig og som resulterte i at jeg ble fysisk skadd.»

«Jeg har opplevd å bli truet med kniv – det er jo noe man tenker på, men aldri er klar for uansett.»

5.1.2 Rutiner for å styrke sikkerhet

For å være mentalt forberedt på trusler og vold, redusere egen usikkerhet rundt disse truslene, og styrke egensikkerheten i psykiatrioppdrag, forteller respondentene om hvordan de diskuterer med makker på vei til oppdragets åsted. Samtidig innhenter de så mye informasjon som mulig om oppdraget fra AMK. Det virker uklart om respondentene mener dette ligger som en del av tjenestens interne retningslinjer, men det fortelles at dette er en godt innarbeidet rutine. De forteller også om tilfeller der de mener AMK burde ha merket oppdraget som potensielt farlig oppdrag i tilfeller der det rykkes ut til tidligere kjente mulige voldelige pasienter. Noen respondenter mener AMK har slike opplysninger om pasienten, men på grunn av taushetsplikten videregives ikke slik informasjon til ambulanspersonellet. Denne problematikken er ifølge en av respondentene tatt opp gjennom ledelsen med AMK, for å etablere rutiner for bedre merking av oppdrag slik at denne type situasjoner skal unngås. Det framkommer ikke av intervjuene hvorvidt dette er blitt nedfelt som retningslinjer, eller om det har hatt effekt i praksis, men det framstår som om det fortsatt kan være et problem slik enkelte respondenter forteller om dette.

«Vi diskuterer på tur til oppdraget hvordan man skal opptre – hva skal man si og ikke si. Er det fare for tryggheten vår – trenger vi bistand fra politi?»

«Noen ganger blir vi sendt inn i en situasjon med kjente utagerende pasienter som burde ha vært merket i fra AMK – det går ut over egensikkerheten vår.»

En informant forteller også om at kvinner føler en større trygghet med en mannlig makker. Men det poengteres også at det kan være en fordel å være kvinne når det vurderes kvinnelige pasienter – at det er lettere å både forstå og kommunisere med dem.

«Hvis det er fare for at pasienten kan bli voldelig på noen måter – så kanskje er det bedre hvis man har en mannlig makker og at det er den personen som sitter bak med pasienten.»

5.2.0 Systemkritikk

5.2.1 Mangelfulle pasientforløp

Det er en stor enighet blant respondentene om at det foreligger et gap imellom hvilken helsehjelp pasienten med ROP-lidelser har krav på og det tilbudet som gis. Det fortelles fra de fleste respondentene om bekymringer for at pasienten ikke får den hjelp eller behandling de trenger. Det uttrykkes misnøye med hvordan forløpet for disse pasientene foregår fra prehospital undersøkelse til definitiv behandling. Det fortelles også om mangler i kommunikasjon mellom ambulanspersonell og spesialisthelsetjenesten.

Flere av respondentene forteller om et system som ikke fungerer, i hele akuttkjeden, og at disse pasientene derfor blir gjengangere i systemet, som kanskje skaper ekstra lidelse og forlenget sykdomsforløp for disse. Enkelte av respondentene forklarer at de som ambulanspersonell prøver å motivere pasientene til å samarbeide, fordi de «nå skal få hjelp», og så opplever de at de ikke får den hjelpen de trenger. Dette kan føles som et løftebrudd av noen pasienter, som ambulanspersonellet gjør med viten og vilje. Ambulanspersonellet selv kan også oppfatte dette som et løftebrudd. Dette sier noen av respondentene det kan være krevende å forholde seg til i praksis.

«Når vi leverer pasientene fra oss, enten på legevakt eller sykehus, så blir de kanskje ikke møtt med god nok forståelse, og de havner i et system der de bare blir en svingdør-pasient – det synes jeg er veldig tøft. Vi prøver liksom å oppmuntre og vi prøver å hjelpe, og forklare de veien videre – at «nå får du hjelp» – og så leverer vi de til et system som kanskje ikke fungerer sånn som det burde gjøre».

5.2.2 Svingdørs problematikk

Flere av respondentene er tilsynelatende i tvil om kvaliteten på helsehjelpen som blir tilbudt til pasienter med ROP-lidelser. Respondentene fra distriktet beskriver en vente-oppbevaringsstrategi, før pasienten får kvalifisert helsehjelp hos spesialisthelsetjenesten. De mener det tar for lang tid fra pasienten vurderes første gang til pasienten får definitiv behandling. På denne tiden sier også enkelte respondenter at pasienten har fått for god tid til å tenke gjennom situasjonen, slik at selv om de trenger hjelp, nekter videre behandling, og har på dette

tidspunktet en annen fremtoning enn ambulanspersonellet observerte prehospitalt. Pasientene framstår da for eksempel ikke slik at de kan vurderes for tvang, eller pasientene har en annen historie å fortelle enn den som kom fram prehospitalt. Noen respondenter uttrykker bekymring for at det kan bety at pasientene ikke henvises videre til den definitive behandlingen de har krav på, og trenger, men bare dimitteres til sitt hjem uten videre plan. I tillegg sa respondentene at de som blir sendt til behandling sentralt, enten frivillig eller ved tvang, etter kort tid – en dag eller to, er tilbake på hjemsted uten at situasjonen er forandret, og mangler også her videre plan. Slik sier respondentene at «svingdør» og «gjenganger»-problemet oppstår. Respondentene mener dette vanskelig hadde blitt godtatt hvis det gjaldt andre lidelser, og at tilbudet og helsehjelpen til de med ROP-lidelser dermed ikke framstår som adekvat, og kanskje heller ikke innenfor helselovgivningens intensjoner.

«Når vi kommer til lege, eller for eksempel videre til ambulans akutt team, så er det nok at pasienten forteller noe annet til dem enn det vi har observert – så er de ikke akutt hjelpetrengende lenger. De er psykisk syke, men de forstår jo også at de selv ikke vil innlegges – så når de ser at det går den veien så jobber de aktivt mot det, og det går ikke så mange runder før de kan det systemet.»

«Ved selvmords trussel så blir de gjerne lagt på KAD⁴ – vurderingen tas i morgen – dermed har de fått tenkt over om de er klar for innleggelse eller ikke – mange pasienter opplever: «jeg ønsker hjelp, men tør ikke si ja til det.»

«Det jeg hører fra mange av dem – de ønsker hjelp, men vil nødvendigvis ikke fordi de vet at de får ikke den hjelpen de trenger.»

5.3.0 Kompetanseperspektivet

5.3.1 Egen kompetanse

Alle respondentene sier at de har for lite kompetanse innen ROP-feltet. Det tyder på at dette feltet ikke er det som ambulanspersonellet føler seg sterkest på, og at de opplever de kommer

⁴ Kommunal akutt døgnenhet (KAD). Helsedirektoratet bruker forkortelsen ØDH: Øyeblikkelig hjelp døgnopphold. (Faiz KW. KAD, ØHD eller KØHD? Tidsskr Nor Legeforen. 2019. doi: 10.4045/tidsskr.18.0978).

til kort ved flere situasjoner. Respondentene forteller at de ser at man kunne trenge flere verktøy i møtet med psykisk syke, og kunne ha hatt nytte av forbedret kompetanse i for eksempel samtaleteknikk. Respondenter som er ambulansefagutdannet beskriver lite formalkompetanse, med bare begrenset antall timer i utdanningen som de kan huske med fokus på psykisk helsevern. Respondenter med sykepleierutdanning sier også de har for lite kompetanse, selv om noen trekker fram at de har en fordel med den utdanningen. Det forklares av noen respondenter at sykepleierutdanningen har en del om psykologi, kommunikasjon og relasjonsbygging, og egen praksis i psykiatri. Men så er den kunnskapen også delvis glemt over tid, fordi man ikke repeterer, har lite kurs, eller øver i praksis i tjenesten.

«Der tror jeg jo at sykepleierutdanningen min har en fordel –man går litt dypere inn i det – men man glemmer jo noe av den kunnskapen – hvis man ikke øver på det i praksis så blir man jo ikke god på det.»

Det fortelles også fra noen respondenter om at det også kommer an på hvordan man er som person, altså er det ikke bare utdanningsbakgrunnen eller erfaringen som beskrives som kompetanse når det kommer til dette feltet, men de iboende menneskelige egenskaper som innenfor vårt felt kalles; de ikke-tekniske ferdigheter.

«Det er ikke i dette feltet jeg føler meg sterkest – det handler mest om hvem man er som person selv og ikke egentlig relatert til verken utdanning eller erfaring.»

Det bemerkes også fra respondenter at den kompetansen de faktisk besitter er realkompetanse, altså sin egen erfaring, og det som de har lært av andre mens de har utøvd yrket, og at denne kompetansen faktisk kan være like viktig som formalkompetanse. Det kritiseres også fra enkelte respondenter at fokuset i tjenesten er altfor mye konsentrert på andre felt, for eksempel traumer. Det beskrives fra de fleste respondenter generelt en manglende prioritering av ROP i tjenesten. Det etterlyses spesielt kvalitetsheving, ikke bare i form av etterutdanning og kurs, men spesielt i praktisk øving som respondentene bemerker at ambulansetjenesten aldri har hatt i forhold til ROP som fag.

«Formalkompetansen min er lik null – den er det jeg hadde på skolen i ambulansefaget i noen få timer. Ellers så er det erfaringsbasert – det man har snappet opp hos folk som er smartere.»

«Jeg synes ikke min kompetanse er den beste fordi fokuset i vår tjeneste er traume-pasienter.»

Det fremkommer også fra flere av respondentenes utsagn tilsynelatende manglende kunnskap om både rutiner, retningslinjer, lovverk, kunnskap om psykisk helsevern og spesialisthelsetjenesten, og hvordan dette systemet egentlig fungerer.

Enkelte respondenter fortalte at de ikke har hatt opplæring i lovverk og er derfor ikke er veldig gode på det, og de har heller ikke et bevisst forhold til om lovverket er tilpasset den kliniske hverdagen, eller ikke. Andre respondenter sa de kjenner lovverket og har hatt opplæring, eller de har hatt det i utdanningen. Enkelte respondenter opplever uansett at lovverket både beskytter behandler og pasient, mens en sa lovverket er greit for behandleren, men ikke for pasienten som faller igjennom.

«Jeg har egentlig ikke så veldig mye kunnskap om spesialisthelsetjenesten og psykisk helsevern.»

«Det er vanskelig balansegang mellom der de motsetter seg hjelp og der det er fare for liv og helse – jeg synes den grensen der er litt uklar –når er man over på tvang og når er man over i å avverge – hvor overlapper de hverandre – og rutiner har vi jo ikke så det er vanskelig å si om de er i samsvar med de rutinene vi har.»

«Jeg har ikke satt meg inn i lovverket. Og det sier vel litt om fokuset også kan man si»

5.3.2 Kollegers kompetanse

Respondentene beskriver ambulanskollegers håndtering og kompetanse i ROP som veldig varierende, både når det gjelder utdanning, men også erfaring. Her er det også spesielt viktig med personlige iboende egenskaper som også må regnes som kompetanse, mener noen – at noen kolleger tilsynelatende fungerer bedre i slike oppdrag enn andre, eller det som på

fagspråk kalles; de ikke-tekniske ferdigheter –som både kan læres, og som i noen grad er en medfødt egenskap. En respondent beskriver dette som en egenskap der du som person klarer å skape en egen kjemi med pasienten.

«Jeg vet ikke om man kan kalle det for kompetanse i den forstand, men man merker at de fungerer veldig godt ute på et sånt oppdrag.»

«Det handler om pasienten i andre enden og kjemi – jeg har opplevd at pasienten velger seg en behandler og ikke motsatt.»

Enkelte respondenter fortalte at noen kolleger har en negativ holdning til slik type oppdrag, og at mangel på kompetanse bidrar til dette. Det fortelles at negativiteten omtales som om at det ikke er dette de har lyst å bruke tid på, og at det er unødvendige oppdrag som tar tid bort fra viktigere oppgaver. Ingen av respondentene uttrykker selv slike holdninger, tvert imot uttrykker de altruistiske holdninger og motiver i møtet med både psykisk syke pasienter og pasienter med rusproblematikk. Enkelte respondenter sa også at styrket kunnskap innenfor feltet kan motvirke både dårlig motivasjon og negative holdninger, i henhold til psykiatrioppdrag.

«Når man får slike oppdrag går de ut med en negativ holdning om at dette er et tulleoppdrag, og at det ikke er dette de har lyst til å gjøre – ja på en måte oppgir at det nesten er bortkastet tid.»

«Jeg tror de holdningene har mye å gjøre med begrenset kompetanse og faglig kunnskap innenfor de feltene der.»

5.3.3 Kvaliteten i vurderingsgrunnlaget

Pasienter som truer med selvmord, er et også et problem i forhold til systemet, forklarer noen av respondentene. Noen respondenter sier det ikke fungerer så godt at en legevakslege, som ikke har sett pasienten, over telefon skal vurdere om pasienten skal bli hjemme, eller innlegges. Noen respondenter forteller at de er bekymret og har tilsynelatende en frykt for at pasienter som etterlates hjemme kan begå selvmord, og at det indirekte blir ambulansepersonellets feil. Dette forteller enkelte respondenter at de bruker tid på å fordøye etter at

pasienter er etterlatt prehospitalt. Noen respondenter forteller i tillegg om situasjoner der pasienter leveres på legevakt, og deretter vurderes til ikke å trenge innleggelse, og de returneres deretter hjem. En respondent fortalte også om en situasjon der de har tatt kontakt med spesialisthelsetjenestens AAT og FACT⁵ etter oppdrag, for å uttrykke sin bekymring for pasienten som ikke ble innlagt. Enkelte av ambulanspersonellet ønsker altså en vurdering fra spesialister på om det er gjort riktige vurderinger av legevaktslege, før de kan slå seg til ro med situasjonen. Noen respondenter sier også at de har et ønske om bedre kommunikasjon opp imot spesialisthelsetjenesten.

«Jeg er spesielt bekymret der vi har vurdert at det kan være høy fare for selvmord, så er man jo redd for at pasienten skal føle at han ikke har fått god nok hjelp – at det får konsekvenser deretter.»

«Der vi avleverer pasienten opplever de kanskje å bli møtt av en lege, eller helsevesen, som ikke tar dem helt på alvor, og ikke vurderer det på samme måte som oss, og kanskje sender pasienten hjem – og vi kanskje får et nytt oppdrag – og pasienten er død.»

Det er altså en oppfatning blant noen av respondentene, at der ambulanspersonellet har gjort en vurdering av at en pasient bør innlegges, og legevakten kommer til en annen vurdering, så oppstår det et spørsmål om både ambulanspersonellet og legevakten i det hele tatt har godt nok grunnlag, og kompetanse, til å vurdere dette. Noen respondenter sa at ambulanspersonellet, i gitte situasjoner, har et bedre vurderingsgrunnlag, fordi de har den totale oversikt over det prehospitalt inntrykket, som etter deres mening bør tas med i betraktning når slike vurderinger gjøres. Disse respondentene mener tilsynelatende at legevakten bare vurderer pasienten ut fra hva de fremviser i øyeblikks- situasjonen. Mange av respondentene sa at legevaktslegen i større grad må vurdere disse pasientene prehospitalt, for å få med seg det hele bildet, for å kunne gjøre en bedre helhetsvurdering. Enkelte uttrykker også tvil i forhold til lovgivningen for tvang.

⁵ Modeller for å gi oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser. (Helsedirektoratet ACT-, FACT- og FACT ung-team [nettdokument]. 2015; Oslo: Helsedirektoratet. (oppdatert 27. januar 2022, lest 2. mars 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>)

«Jeg skulle ønske det var tydeligere i lovene som ligger på tvangstiltak. Vurderingsgrunnlaget virker litt flytende – legen må ta vurderingen – problemet er at legen nesten aldri er med ut. Ofte må vi la pasienter som ikke er i stand til det, bli igjen hjemme.»

«Vi er nødt til å ha et sterkere vurderingsgrunnlag enn det vi er blitt tildelt til nå med tanke på hvilke oppgaver vi blir satt til.»

Når det gjelder hvilken hjelp ROP- pasienter får på for eksempel legevakten, sa noen av respondentene at det er et problem av at hjelpen avhenger av hvem som har vakt – altså at kompetansen om hvordan man kan vurdere pasienter med ROP-lidelser, er personavhengig. De sa det er for stor differanse mellom kunnskapen hos de enkelte legene, og at det derfor ikke er lik behandling av alle pasienter med ROP-lidelser.

«Kvaliteten på vurderingene av psykiatriske pasienter varierer en del etter hvem som har legevakt – om man møter på en lege som har kunnskap innenfor feltet, eller om man møter på noen som er mest opptatt av somatikk.»

5.4.0 Samhandlingsklima

5.4.1 Samarbeidet innad i primærhelsetjenesten

Respondentene forteller om både positive og negative erfaringer med samarbeidet med både spesialisthelsetjenesten, AMK, legevakt og politi. Det er flere som ønsker seg med lege ut i psykiatrioppdrag, men det beskrives, som i andre oppdrag, vanskelig på grunn av at det er legen selv som vurderer om det er nødvendig å rykke ut. AMK retter spørsmål til lege om han skal være med, og hvis det er press på legevakten, rykker om regel ikke legen ut, i likhet med andre oppdrag. Da hender det at ambulansepersonellet etter å ha vurdert pasienten, og hvis pasienten ikke er villig til å bli med dem på legevakten, så må det på nytt tas kontakt med AMK om lege kan komme til assistanse. Enkelte av respondentene sa at det på grunn av stor personavhengig variasjon på legene, så er det ikke alle tilfeller at det er like nyttig med lege på stedet, selv om de fleste respondenter ønsker at legen alltid er med i oppdrag som omhandler ROP.

«Det kunne ha vært nyttig å ha lege med ut for å vurdere, men samtidig så kommer det jo igjen dette at det er veldig personavhengig hvilken lege det er – i noen tilfeller tenker jeg at det faktisk er best legen ikke er med fordi han vil trigge situasjonen.»

AMK oppleves stort sett som imøtekommende, og respekterer ambulanspersonellens vurderinger og bekymringer. Dette kommer imidlertid an på hvordan AMK har vurdert situasjonen hos pasienten i utgangspunktet. Det fortelles av noen, at hvis AMK førsteinntrykk har festet seg, eller at de overlater til legens avgjørelse om han skal rykke ut, eller ikke, så kan det bli vanskeligere å få assistanse.

«AMK stoler stort sett på vår vurdering – hvis vi ber om bistand så nøler de ikke. Mens i andre tilfeller der de først har vurdert situasjonen som mildere enn det vi har, så er det vanskeligere å få gehør for at vi trenger mere ressurser.»

«AMK må hjelpe oss her – at det ikke alltid er legens egen vurdering om de skal rykke ut, eller fordi vi står der ute uten hjelpemidler – det er bare hvis vi ser at de faktisk skader seg selv, eller andre, at vi kan bryte inn.»

5.4.2 Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten

Det uttrykkes av alle respondenter lite erfaring med involvering av spesialisthelsetjenesten under psykiatrioppdrag. Enkelte respondenter uttrykker også manglende innsikt i hvordan dette samarbeidet skal fungere i praksis. Utgangspunktet for enkelte respondenter er at det er primærhelsetjenesten sitt ansvar med vurdering og videre henvisning, derfor er ikke dette noe ambulanspersonell trenger å tenke på. Noen respondenter uttrykker altså både mangler i kunnskap og retningslinjer rundt samarbeidet med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og at de tverrfaglige relasjonene er utydelige.

«Egentlig er det ganske uklart. Vi bruker å henvende oss til lege i vakt i kommunen – og så er det jo de som tar seg av resten– så vi blir jo ikke, på en måte, så direkte involvert i det – det er jo primært legevakten vi bruker.»

«Det er mangel på kunnskap om hva som finnes av tjenester innenfor psykiatrien. Min erfaring er at jeg egentlig ikke har hatt noe samarbeid med dem, fordi det har ikke vært et tema at vi skal ta kontakt med dem.»

En respondent ønsker tydeligere organisering. Også et engasjement fra spesialisthelsetjenesten. Det kritiseres at det er for dårlig kommunikasjon mellom instanser. Eksempler i mangler er at det aldri er ytret ønske fra spesialisthelsetjenesten om hva de forventer fra ambulanspersonellet.

«Der bør opprettes en kontakt mellom oss og psykiatrien – ikke nødvendigvis at vi skal ha et daglig samarbeid, men en felles tanke. Jeg har aldri snakket med en psykiater eller en psykolog som sier: «dette vil jeg at du skal levere» – så det mangler et kommunikasjonsledd.»

Det forklares fra flere respondenter om at de synes det, ved innleggelse, er uverdigg at disse pasientene må gå kanosagang gjennom sykehuset, og egentlig bare blir plassert på et rom for oppbevaring, uten større form for akutthjelp, eller omsorg. Hvis det innlegges «gjengangere», kan man også bli møtt med dårlige holdninger i mottak, men også på legevakten.

«I mottak eller legevakt møter en sykepleier eller lege som er oppgitt og egentlig ikke har lyst til å holde på med dette; skriv inn pasienten og få puttet de på et rom.»

«Kanskje de ikke viser det mot pasienten, men mot oss at – «ah- kommer nå de med det der igjen» –at det tar opp tiden deres der de egentlig skulle ha gjort noe viktigere isteden.»

Flere respondenter sa det er uverdigg behandling av disse pasientene, noe som det også reflekteres over i ettertid. Respondentene mistenker at årsaken kan være, at mottakspersonell synes dette er vanskelig og at de ikke føler seg komfortabel, eller kompetent med situasjonen, men at dette viser seg i negative holdningsuttrykk istedenfor å innrømme usikkerhet. Altså kunnskapsmangelen er ikke bare hos ambulanspersonellet.

«De viser det ikke med at det er vanskelig å håndtere, men de viser det mer med at det er bortkastet tid og kjedelig.»

Flere respondenter sier disse pasientene derfor havner på helt feil nivå ved innleggelse på lokalsykehus. Det positive er at flere mener det er blitt sjeldnere med tiden, at pasientene innlegges på lokalsykehuset, etter at KAD plassene i primærhelsetjenesten ble opprettet. Om det er et bedre nivå pasientene havner på, er ikke respondentene enig i, men de sier de blir i det minste bedre skjermet for omgivelsene.

«Taushetsplikten for eksempel er truet hver gang en pasient trilles gjennom sykehuset. Den kommunale ordningen er et fremskritt – de trenger skjerming og ikke at hele verden ser at de er psykisk syke.»

5.4.3 Samarbeidet med politiet

Det uttrykkes av flere respondenter at det er blitt vanskeligere å få assistanse fra politiet. Stort sett alle respondenter sier, at når ambulanspersonellet ønsker assistanse, så er fordi det nødvendig. De sa også at de prøver å unngå politibistand så langt det er mulig, men at det enten ut fra tidligere hendelser, at situasjonen oppfattes som truende, eller at det er besluttet tvang, så er det nødvendig med bistand.

«Jeg tenker i de situasjonene vi ber om det så er det nødvendig å få det – vi prøver så langt det går å ikke blande inn politiet.»

«De ganger jeg har vært med å få politibistand har det vært nødvendig – fordi vi har prøvd så lenge for å unngå det, men ikke kommet noen vei, og det er blitt besluttet tvunget helsevern.»

At ambulanspersonellet prøver å unngå politibistand, fortalte noen respondenter er, både fordi det i noen situasjoner kan ha eskalerende effekt og medføre at pasienten blir ytterligere motvillig, men også det at enkelte politi har en for framoverlent adferd som i seg selv er provoserende for pasienten. Men politiet omtales helst som flinke og at de har gode ikke-tekniske ferdigheter i psykiatrioppdrag. Ambulanspersonellet føler også stor trygghet med politibistand.

«Ofte kan situasjonen bli vanskelig hvis politiet kommer – noen pasienter blir vanskeligere å ha med å gjøre.»

«De er stort sett profesjonelle, ryddig og respektfull – så langt det går – de har god tålmodighet helt til de må ty til hardere midler.»

«Ofte blir vi kalt ut samtidig og det er ikke bestandig det er behov for politi da. Men det er jo greit å ha politiet i bakkant som en sikkerhet hvis noe skulle skje.»

5.5.0 Fagutvikling

5.5.1 Interne prioriteringer i tjenesten

Flere respondenter forteller at de har ingen intern opplæring, eller etterutdanning i ROP-feltet, og har aldri hatt øvelser. Enkelte bekrefter intern opplæring i Vivat-selvmondsforebygging. Det uttrykkes også et ønske om å om for eksempel MAP- aggresjonskurs, der det er fokus på å unngå å komme i en fysisk konfrontasjon, enn å bare konsentrere seg om kurs i hvordan forsvare seg. Noen respondenter kritiserer også at det virker som fokuset i tjenesten er på kun å beskytte seg selv, og ikke å hjelpe pasienten, og at det derfor er SIPA- sikkerhetskurs som er prioritert.

Interne retningslinjer i ambulansetjenesten virker lite kjent blant flere respondenter, og det ble fortalt fra enkelte respondenter, at det er litt opp til det enkelte vaktlag og makker- par hvordan slike oppdrag løses. En respondent sa, at det er retningslinjer i tiltaksboken som omtaler spesifikke psykiatriske diagnoser og kjennetegn på ulike rusmidler. En annen respondent fortalte at vedkommende ikke kan utenat det som står i tiltaksboken, men anerkjenner at det er retningslinjer tilgjengelig. En tredje sa det er loven om tvungen psykisk helsehjelp som retningslinjene består av. Prosedyrer i ROP i ambulansetjenesten er altså lite kjent blant de fleste respondentene når de spørres direkte om de kjenner slike, men de forklarer det med at det ikke er prioritert fra ledelsen og derfor ikke prioritert blant personellet. En respondent mener også at det er vanskelig å lage gode prosedyrer, fordi slike situasjoner er så forskjellige og uforutsigbare.

«Det er egentlig ingen konkrete prosedyrer som omhandler rus-og psykiatrioppdrag – det er litt opp til hvordan vaktlaget velger å løse situasjonen selv.»

5.5.2 De ikke-tekniske ferdigheter

Det mangler søkelys på ikke- tekniske ferdigheter i tjenesten. Det forklares fra flere respondenter at det er de tekniske ferdighetene som vektlegges gjennom kurs og øvelser i akuttmedisinske tilstander, og traumer. Det er ønske fra flere respondenter om å kunne kommunisere bedre med pasienter med ROP-lidelser. De ønsker bedre ferdigheter, og kunne lære seg samtaleteknikker som skal kunne brukes på flertallet av mennesker med psykiatriske diagnoser. Spesielt trekkes det fram hvor viktig det er i møte med pasienter som er suicidale. Det etterlyses også praktiske øvelser på hvordan man skal kommunisere med pasientene. En respondent som er utdannet sykepleier fortalte om hvordan deres utdanning inneholdt praktiske øvelser med både ekte pasienter, og skuespillere med forskjellige diagnoser.

«Jeg kunne ha tenkt meg mer fokus i retning, ikke bare sikkerhet, men rett og slett det mellommenneskelige – hvordan man håndterer hverandre i en situasjon.»

5.5.3 Psykiatriens plass i akuttmedisin

Alle respondentene mener at akuttpsykiatrien skal være en del av prehospital akuttmedisin. De mener det er en riktig bruk av ressurser. Noen respondenter sier det bør prioriteres likt med annen akuttmedisin, som det i dag ikke blir, og at man også derfor prioriterer opplæring og kunnskap på lik linje. De fleste mener at psykiatriambulanse er en god ide, men først og fremst i bystrøk, fordi de forstår at dette er et ressurspørsmål i mindre helseforetak og distriktsambulanser.

«Jeg synes at psykiatrien har en naturlig del – sånn som nå så er den jo ikke egentlig en del av akuttmedisinen vår, men jeg synes at den absolutt burde være der.»

Hvordan psykiatriens plass i akuttmedisinen påvirker prioriteringen i dagens utdanninger, så sier respondentene; at fordi de kjenner best til sin egen utdanning, har de derfor ikke så mye meninger om prioriteringene i de andre utdanningene. De sier derfor ikke noe konkret om hverken kunnskapsnivå, eller om prioriteringene i andres utdanning, men de fleste etterlyser bedre prioriteringer i egen utdanning, i henhold til innhold og fagutvikling. Enkelte av respondentene sier derfor at det er noe galt med prioriteringen, ikke bare i egen tjeneste, men i hele helsevesenet, når psykisk helse ikke får samme prioritering som somatisk sykdom.

6.0 Diskusjon

6.1.0 Resultatdiskusjon

Funnene i undersøkelsen viser at ambulanspersonell har både bekymringer og frustrasjoner i møte med pasienter med ROP-lidelser. Mye av frustrasjonene tilskrives mangler på systemnivå. Ambulanspersonellet uttrykker altruistiske holdninger⁶ og ønsker å gi adekvat hjelp til pasientgruppen, men opplever barrierer som kan gå ut over pålagte oppgaver. Mange funn henger på flere måter sammen. Derfor skal jeg drøfte flere sider som griper inn i hverandre, for å forstå de bekymringer som ambulanspersonell opplever, hva som kan være årsaker, og hvordan man kan gjøre forbedringer slik at pasientene kan møtes på en bedre måte. Diskusjonen vil derfor dreie seg om generelle utviklingstrekk, fagutvikling, kompetanse, forsvarlighet, holdninger, og samhandling i prehospitaletjeneste i forhold til ROP.

6.1.1 Utviklingstrekk og prioriteringer

Alle respondentene opplever at akuttpsykiatri har sin rettmessige plass i prehospitaletjeneste, og at det derfor bør prioriteres likt med andre felt i akuttmedisinen. Respondentene opplever også at hele helsevesenet trenger et prioriteringsløft i ROP-feltet. Akuttutvalgets sa for syv år tilbake at det trengs betydelig kompetanseheving i førstelinjen (14). Tiltak de foreslo for å møte utfordringene synes ikke kommet langt nok når en ser på funn fra denne undersøkelsen, og det som hevdes i artikkelserien i ambulansforum (avsnitt 1.1) om utfordringer og manglende søkelys på akuttpsykiatri i tjenesten (13).

Samhandlingsreformen slår fast at pasientene skal fortrinnsvis få hjelp i førstelinjetjenesten (14;31). Dermed mente akuttutvalget at kompetansehevingen må settes inn prehospitaletjeneste med betydelig kompetanseheving, og at akuttpsykiatri må være et obligatorisk emne for ambulanspersonell (14). Noen respondenter forteller, at samarbeidende etater ser på ambulansen som bare et transportmiddel i ROP-oppdrag. Dette er til en viss grad riktig. Ambulanspersonell kan ikke forventes å drive terapi av pasientene, og skal strengt tatt ikke behandle ROP-lidelser. Derimot skal de kunne møte, vurdere og transportere pasientene på en trygg måte. Det første møtet med helsepersonell er også viktig for pasientene (60), og

⁶ Altruisme er definert som en uselvisk og offervillig holdning og handling ovenfor andre. (Dahl AA. Når mer kjærlighet ikke er svaret. Tidsskr Nor Legeforen. 2012; 132: 2307. doi: 10.4045/tidsskr.12.1008)

kompetansen skal være er i tråd med lovens krav om faglig forsvarlighet (40) som diskuteres i avsnitt 6.1.5. På den bakgrunn kan betydelig kompetanseheving forsvares.

Kompetanseløftet er først og fremst kommet i form av bedre innhold i grunnutdanningen på bachelornivå. Det er fortsatt mange som jobber i ambulansetjenesten uten denne utdanningen. Det vil det ta mange år før flertallet av de som jobber i tjenesten består av ambulansepersonell som har utdannelse på bachelornivå, og dermed har et «høyt nok» kompetansenivå. For at et kompetanseløft skal bli prioritert i ambulansetjenesten generelt må det offentlige gjennom akuttmedisinforskriften stille krav om høyere utdanning. Uten krav fra det offentlige prioriteres ikke krav til de ansatte på grunn av vanskelig ressurstilgang og økte lønnskostnader. Så lenge noen mener at fagutdanningen skal være grunnmuren i tjenesten er det heller ikke sannsynlig at kompetanseløftet kommer med det første.

Etter akuttmedisinforskriften er det ikke krav om annet en fagutdanning, og nok at én av personellet på ambulansebil trenger fagutdanning (25). Ønsker man fart i denne utviklingen bør det stilles krav til at minst én skal ha minimum høgskoleutdanning som helsepersonell. Da er det et paradoks at det fra 1. mai i år er gjort endringer i akuttmedisinforskriften (61) som av Norsk paramedicforening, Ambulanseforbundet og Legeforeningen tolkes som et tilbakesteg i organisering og krav til ambulansetjenesten og en trussel mot pasientsikkerheten (62-64). Myndighetene følger tilsynelatende råd om bedre ressursutnyttelse fra helseforetakene, dermed settes faglige grunner oppimot økonomiske (65). Fordelene kan være at det vil gjøre læretiden bedre og mer relevant for lærlingene, utdanne flere, og at det sikrer forsvarlig drift ved ferier og sykefravær (66;67)

I primærhelsetjenesten håndteres den akutte somatiske problemstillingen bedre enn det akuttpsykiatriske problemet (68). I ambulansetjenesten, AMK og legevaktsentral er for eksempel brystmerter en av de vanligste akuttmedisinske problemstillingene (69). Personellet får erfaringstrening ved å møte disse pasientene i praksisvirkeligheten, i tillegg til simuleringstrening. På legevaktene og i kommunene er trening på psykiatriske scenarier ikke vanlig (68). Respondentene forteller at det heller ikke er vanlig i ambulansetjenesten. En av årsakene er at stigmatisering av ROP-lidelser i samfunnet er vanlig, og at pasientgruppen har mindre prioritet (21;68;70;71). At pasientgruppen er nedprioritert av de som har ansvar for opplæring og trening, kan være at ROP-lidelser har lavere status (72). Det hevdes at psykiatrifeltet har lav faglig status innenfor medisin fordi det er den disiplinen som i minst

grad bygger på medisinstudiets biologiske grunnutdanning (73). Økt kunnskap om psykiske lidelser og bedre utdanning av helsepersonell kan motvirke stigmatisering, fordi det skaper større interesse og forståelse for fagfeltet og pasientene (70;71). Dette er også min erfaring.

6.1.2 Fagutvikling og opplæring

Hvis en skal se på hvordan fagutvikling og opplæring bør foregå, tyder mine funn på at ambulanspersonell opplever at dette ikke er tilpasset deres praksisvirkelighet – eksempelvis når ambulanspersonellet opplever at den største utfordringen i møte med pasienter med ROP-lidelser er trusler mot egensikkerhet og voldsproblematikk. Arbeidstilsynet fant i 9 av 10 ambulansestasjoner brudd på bestemmelser om krav til kartlegging, risikovurdering, utarbeidelse av planer, og iverksettelse av tiltak for å beskytte arbeidstakerne mot trusler og vold (74). 6 av 10 ambulansetjenester hadde ikke gitt arbeidstakerne nødvendig opplæring og øvelse slik at de er beskyttet mot vold og trussel om vold (74). Dette stemmer godt overens med mine funn som viser at ambulanspersonell opplever usikkerhet rundt ivaretagelse av egensikkerhet. Det er arbeidsgivers ansvar at de ansatte ikke utettes for unødige risiko, har en trygg arbeidsplass, og for at de har nødvendig kompetanse og trening til å gjøre adekvate risikovurderinger i trusselsituasjoner, men i dag mangler ambulansetjenesten slike verktøy for tilstrekkelig risikovurdering (75).

En Australsk studie, om blant annet ambulanspersonells oppfatning av egen utdanning, forteller at ambulanspersonellet må tas med på råd når det skal tilrettelegges for fagutvikling innen ROP-lidelser i tjenesten, slik at det blir mere treffersikkert i henhold til de utfordringene som de har i det daglige (17). En måte å gjøre dette på kan være at ambulanspersonellet involveres i utviklingen av læreplanene slik at de blir mere relevante for praksis. Generelt ønsker respondentene mer skreddersydd opplæring, noe som også er på linje med annen forskning fra Australia. Forskningen viser at den begrensede tiden som ble viet til ROP i læreplaner var uforholdsmessig i forhold til hyppigheten av møter med pasienter med disse problemene i ambulanspersonells daglige praksis (4). Utfordringen med dette er ifølge regjeringen at alle kan ikke bli like gode på alt, men alle kan bli veldig gode på noe, og tilstrekkelig gode på resten (76). Det innebærer også at utdanningsinstitusjonene bør utvikle fagområder der de ikke klarer å bli tilstrekkelig gode (76).

Prosjektet Verdig vei videre (52), som har intervjuet pasienter og pårørendes egne erfaringer og behov i møte med psykisk helsevesen, og de tiltak som ble laget på bakgrunn av det (avsnitt 2.9), synes som nyttig og relevant og burde være et godt utgangspunkt i fagutviklingen. Australsk forskning anbefaler at fagutvikling og forskning tar for seg: utdanning og opplæring av ikke-tekniske ferdigheter; tverrfaglig samarbeid som kreves for å håndtere kompleksiteten i mentale helselidelser; og virkningen av organisatoriske faktorer ved utøving av psykisk helsevern (16). Dette er også på linje med respondentenes ønsker om for eksempel å bedre kunne kommunisere med pasientene, og ønske om bedre tverrfaglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten og legevakt. ROP blir heller ikke forsket på i den grad somatiske og traumatiske tilstander blir i akuttmedisinen (18). Etablering av dagens paramedisinutdanning, master i prehospital akuttmedisin (PHCC) og doktorgradsprogram vil sannsynlig endre dette, fordi det settes større søkelys på problemområder og utilstrekkelige utforskede fagfelt. Likevel er det også spørsmål om ROP-lidelsers lavere status vil påvirke utviklingen negativt også her (73).

6.1.3 Kompetanseforståelse

Respondentene opplever ikke bare begrensninger i egen og kollegers kompetanse, men også i primærhelsetjenesten, spesielt hos legevaksleger. Funnene beskriver ikke spesielt hvordan respondentene opplever kompetansen til sykepleiere i mottak og på legevakt i henhold til psykisk helsearbeid. Det synes derimot som om det trekkes tvil om kompetansen i spesialisthelsetjenesten, fordi de opplever at pasienter ikke får den hjelp de har krav på og blir gjengangere i systemet. Om dette er fordi det bare oppleves slik, eller om det faktisk er tilfelle, er det nok flere meninger om i helsevesenet.

Helsetjenesten kjennetegnes av økende kompleksitet, dette påvirker den kliniske hverdagen, og dermed også kompetansebehovet hos helsepersonell (77). Derfor er det et legitimt spørsmål om ambulansepersonellet har tilstrekkelige kompetanse ved vurderinger i ambulanseoppdrag til mennesker med psykiske helselidelser. I medisinske akuttsituasjoner vet de hva det skal spørres om, eller de kan gå til algoritmer og prosedyreverk, det gjør de ikke alltid i møte med en person som er psykisk syk. Ambulansearbeider og sykepleier Lene Himberg Krosshus, som har tatt videreutdanning i ROP, forteller til Ambulanseforum om en episode angående problemstillingen i møte med en pasient med psykisk helselidelse. «Jeg hadde ikke kunnskap nok på den tiden til å vite at mennesker i psykose ikke har forutsetninger

for å pakke sin egen bag» (78, s. 16). Hun ba pasienten som skulle innlegges om å pakke bagen. Den ble fylt av blant annet gullfisk, dekketøy og våpen. Dette illustrer noe av kjernen i utfordringene, og mine funn forteller også om frustrasjoner rundt grunnleggende kunnskapsbegrensninger.

Profesjonell kompetanse er avhengig av faktakunnskap som grunnlag (43). Som helsearbeidere i prehospital tjeneste innehar vi forskjellig kompetanse basert på ulike erfaringer og ulik eksplisitt (boklært) kunnskap. Faktakunnskap er viktig når en skal undersøke, vurdere, diagnostisere og behandle pasienter. Individuelt, og hos den enkelte, er denne kunnskapen begrenset (43). I tillegg benytter vi taus kunnskap⁷ om hvordan vi tolker, velger, og handler i forskjellige situasjoner (43). I en bedrift som er avhengig av kunnskapsutvikling, må man erkjenne verdien av taus kunnskap, og utvikle noen ideer om hvordan den kan utnyttes (79).

I henhold til respondentenes persepsjoner om legevaktsleger – er det en populær antagelse i Norge at fastleger presterer dårligere ved legevakten sammenlignet med når de jobber som fastleger – noe som har svært begrenset vitenskapelig støtte (80). Det er funn i norsk forskning om forholdet mellom ambulanspersonell og legevaktsleger som forteller at flertallet av både ambulanspersonell og leger mente at deres egen yrkesgruppe hadde best prehospital kompetanse (81). Dette kan derfor anses som en profesjonskamp (82). Personlig er jeg uenig i at legevaktsleger blir mindre kompetente når de kommer utenfor kontoret. Deres omfattende kunnskap om fysiologi og patofysiologi blir ikke mindre av den grunn, men deres praktiske handlingsberedskap blir nok redusert, fordi de er vant til å handle i en kontekst der det er andre og flere hjelpemidler tilgjengelig.

En person kan også besitte kompetanse selv om den ikke vises eller benyttes (30). Kompetanse er potensialer på den ene siden, og prestasjoner på den andre. Prestasjoner blir da det som ses som «toppen av isfjellet», mens potensialet er forutsetningen for at evner og styrker kan mobiliseres og utvikles (30, s. 6). Dette argumenter for at fastlegene derfor er kompetente også prehospitalt og at ambulanspersonell også er kompetente i ROP-feltet. Likevel er premisset for å bli oppfattet som kompetent at en kan demonstrere sine kunnskaper gjennom ferdigheter i praktisk handling (30). Hvordan ambulanspersonell bør utdannes må

⁷ Taus kunnskap er knyttet til sansing, individuell persepsjon, ferdigheter i kroppsbeherskelse, fysiske erfaringer, tommelfingerregler, og intuisjon, og er vanskelig å beskrive for andre (79, s. 21).

ses i henhold til økte krav til spesialisering av helsetjenester. På grunn av disse utviklingstrekkene kan ikke individuelle profesjonsutøvere ha ekspertise i alle helsefagområder (83).

6.1.4 Sammenligninger av utdanningsbakgrunn

Det hevdes i ambulanseforum at opplæringen i psykisk helsevern var og er mangelfull i læreplan i ambulansefaget, og dermed at flertallet av ambulansearbeiderne ikke har kunnskap nok til å kjenne seg trygg i møte med pasienter med mentale helselidelser (84). Beskrivelse av mål i læreplan over hva man skal kunne er i emnet ambulansemedisin i ambulansefaget, som gjelder fra høsten 2022, er det samme som sto i den gamle læreplanen; «gjøre rede for tegn og symptomer på akutte psykiatriske tilstander og demonstrere prehospitaal håndtering» (85). Beskrivelsen framstår mangelfull i forhold til de nasjonale retningslinjene for utdanning i paramedisin og sykepleie. Til sammenligning, i forskrift om nasjonal retningslinje for paramedisinutdanning om læringsutbytte, heter det: «Kandidaten har bred kunnskap om psykiske tilstander og lidelser, psykisk helse og rus- og avhengighetsproblematikk» (86), og sykepleierutdanningen: «Kandidaten har bred kunnskap om psykisk helse og de vanligste psykiske lidelsene og sykdommene» (87) – noe som framstår som mer faglig dekkende.

Programplanen til paramedisinutdanningen ved OsloMet (88) har et eget emne med 10 studiepoeng i ROP, inkludert kommunikasjon. Sammenligner vi med andre emner i programplan er det for eksempel 10 studiepoeng i traumatologi og 20 i akuttmedisinske tilstander som igjen skal dekke et stort område innen gren-spesialtiter. Dermed kan en argumentere for at ROP er godt ivaretatt i paramedisinutdanningen. Sykepleierutdanningen har ifølge rammeplan (89) 9 studiepoeng i psykologi, 6 i kommunikasjon, og 8 uker praksisstudier i psykisk helsearbeid og psykiatri – slik sett relativ god dekning av ROP-emner. Mens ambulansefaget, etter min forståelse – ifølge læreplan (85), har i mindre grad godt nok kunnskapsgrunnlag for å hevde at en ambulansearbeider er kompetent i for eksempel akutte psykiske helselidelser.

En bacheloroppgave ved OsloMet har, som den eneste, i en dokumentanalyse sammenlignet utdanningsløpene i ambulansefaget og paramedisin (90). Den fant at de ulike utdanningsnivåene gir ulik ansvarskompetanse med høyere krav til bachelorstudentenes ansvarsnivå. Fagutdanningen har primært langt færre sider pensumlitteratur enn paramedisin

som også har internasjonalt og nyere publisert materiale. Når det gjelder mengden praksis har fagutdanningen med sine to opplæringsår i bedrift vesentlig mer praktisk erfaringsgrunnlag innlemmet i utdanningsløpet, men forskjellene reduseres dersom det ses på mengden veiledning og simulering- og ferdighetstrening. Paramedisinere får i motsetning til fagarbeiderne også en større kjennskap til forskning som kilde til kunnskap (90).

6.1.5 Forsvarlighet

Respondentene forteller om opplevelser og bekymringer der pasientene ikke innlegges, og de frykter for konsekvensene. I en artikkel i Ambulanseforum fortelles det om ambulanspersonell på psykiatriambulansen i Bergen som fikk sparken etter at en pasient tok selvmord (91). Dette skjedde etter at ambulansen lot være å bringe pasienten til legeundersøkelse. Statens helsetilsyn konkluderte med at å forlate pasienten uten å ha rådført seg med noen ble fatalt. Ambulansepersonellet mente de ble gjort til syndebukk for et system som ikke fungerte (91). Forsvarlighetskravet jf. § 4 i helsepersonelloven setter grenser for hva helsepersonell kan gi av helsehjelp (40). Det vil si at helsepersonell ikke skal gjøre mer enn de er faglig kvalifisert for. Samtidig settes det grenser for hvilken helsehjelp andre kan pålegge helsepersonell å gi (92). Når det gjelder hva ambulanspersonellet på psykiatriambulansen i Bergen forsvarte seg med – at dette var en systemsvikt og ikke deres ansvar, så vises det til at kravet til forsvarlighet også innebærer at man tilkjenner til arbeidsgiver hvilke faglige begrensninger man har, spesielt til ny arbeidsgiver (93). Når det er sagt, har de som driver tjenesten et ansvar jf. § 2-2 i spesialisthelsetjenesteloven, om at de helsetjenestene som tilbys skal være forsvarlige (39). Det er altså et delt ansvar mellom arbeidsgiver og arbeidstaker.

6.1.6 Holdninger, omsorg og profesjonalitet

I resultatpresentasjonen under to av kodene Kompetanseperspektiv og Samarbeidsklima, kommer det fram at respondentene både forteller om negative holdninger ambulanskolleger har, og om negative holdninger mottakspersonell enten i sykehus og legevakt møter dem og pasientene med. Negative følelser og holdninger hos enkelte bør tas på alvor, fordi de skaper demotivasjon hos en den enkelte og er smittsomt for kolleger (94). Det er derfor viktig å

diskutere slike opplevelser, hva som kan være årsaker, og hvordan man kan være bevisst på å unngå, eller forebygge negative holdninger.

Ambulansepersonell har historisk sett hatt størst søkelys på tekniske ferdigheter (44). Betydningen av holdninger kan lett forsvinne i søkelyset på tekniske ferdigheter og evidensbasert medisin. Selv om omsorgstenkningen er bedre forankret i sykepleien enn i akuttmedisin så er den høyst relevant også for ambulansepersonell fordi det alltid vil handle om omsorg i forholdet til pasienter (42;44). Fra et omsorgsperspektiv må ambulansepersonell tilegne seg mer kunnskap og forståelse for pasientenes erfaringer med å motta omsorg, ellers kan det være vanskelig å utvikle medfølelse for disse pasientene (8). Med mangel på kunnskap om pasienterfaringer er det også vanskelig å utvikle hjelp og omsorg (8). Prosjektet Verdig vei videre (52) har med sine åtte innsikter, etter intervjuer med pasienter, gjort noe med problematikken.

Det som også kan være undervurdert er hva det første møtet og opplevelse med ambulansetjenesten kan bety for pasienten – for noen vil det bety mye for gangen videre i behandlingssystemet (60). I henhold til det har noen respondenter fortalt om pasienter som ikke vil, orker, eller tør å få hjelp, fordi de har mistet tilliten til hjelpeapparatet (systemet). Her kan ambulansepersonellet være en viktig brikke, men det må da også anerkjennes i akuttkjeden at ambulansetjenestens rolle faktisk er viktig, og gi dem de riktige verktøy for å kunne løse oppgavene på en adekvat måte (12). Men ambulansepersonellet må først og fremst forstå betydningen av hvor viktig deres førsteinntrykk er for pasienten, og det kan ikke da skyldes på det videre systemet hvis det går galt allerede prehospitalt.

Det handler mye om det grunnleggende – som om å kunne ha en profesjonell innstilling til jobben, og å kunne beholde denne innstillingen også når det er på det mest utfordrende (83). Gode holdninger handler derfor om mere enn å beherske formelle prosedyrer og retningslinjer. Som helsepersonell handler det om å kunne fremstå som både sympatisk og forståelsesfull, selv om samhandling med pasienter og pårørende kan være svært utfordrende til tider (83). Det finnes slik sett ikke noe akseptabelt alternativ til å uttrykke gode holdninger hvis en skal framstå som profesjonelt helsepersonell (83). Derfor er gode holdninger også god omsorg.

6.1.7 Tverrfaglig samhandling

Som det kommer frem i undersøkelsens funn er det tverrfaglige samarbeidet mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og politiet, viktig for at ambulanspersonellet skal kunne få best mulig arbeidsforhold slik at pasientene skal kunne få den hjelpen de trenger og har krav på. Legevakt, sykehus og politi er også gjensidig avhengig av at ambulanspersonellet gjør de riktige tingene prehospitalt. God samhandling mellom aktørene er derfor viktig for å sikre befolkningen akuttmedisinske tjenester av høy kvalitet (81;95). Forskning fra USA i 2015 som undersøkte ambulanspersonells arbeidsforhold under «psykiatrioppdrag», sier også det er viktig at systemets beslutningstakere tar hensyn til prehospital virksamhets viktige rolle ved vurdering av tilbudet til pasienter med ROP-lidelser (12).

De synspunkter og holdninger ambulanspersonell har om pasienter med ROP-lidelser samsvarer i stor grad med de som helsepersonell på legevakt og akuttmottak har (12;23;96). Men forskjellen på profesjonene er at ambulanspersonellet er i en spesiell situasjon med et annet ansvar – med begrenset opplæring står ambulanspersonellet overfor å ta beslutninger på gaten om hvorvidt de skal transportere en pasient basert på begrenset kunnskap om pasienten, i interaksjon med pårørende, førstehjelpere og andre på stedet, og med bevissthet om den mulige effekten avgjørelsen kan bety for dem selv, pasienten og samfunnet (12).

I slike situasjoner er det viktig at man har innsikt i hverandres utfordringer, synspunkter, kompetanse og ikke minst muligheter for å få til et godt samarbeid. Som noen av funnene i denne undersøkelsen viser ønsker noen respondenter økt kunnskap om hva som finnes av tjenester innen psykisk helsearbeid, bedre kommunikasjon og samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og også et tydeligere signal om hva som forventes av ambulanspersonellet derfra. Kunnskap om andres yrkesperspektiv kan øke forståelsen av andre profesjoners handlinger – handlinger som i utgangspunktet kan virke gale, kan framstå fornuftige når vi forstår motivene bak (83). Inngående kunnskap om andres yrkesperspektiv vil på den annen side kunne skape konflikter, hvis man påpeker andres feil, og hvis man blir oppfattet som om man ofte blander seg unødige inn i andres profesjoners beslutninger, og måter å jobbe på.

Det er krav i akuttmedisinforskriften om at primær- og spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge for trening i samhandling (25;68). ROP-feltet må bevisst prioriteres i treningen. Da kan det sammen tas tak i utfordringer deltagere med ulik kompetanse og perspektiv ser ikke fungerer (68). Dette teamarbeidet er komplekst og krever at studenter fra de ulike helseprofesjonene får mulighet til å trene på tverrprofesjonell samhandling allerede gjennom studieforløpet. Slik samarbeidslæring kan bidra til større forståelse og kunnskap om andre profesjoners rolle (97).

6.2.0 Metodediskusjon

6.2.1 Valg av metode

Valget av metode hadde å gjøre med at jeg ikke fant tidligere norsk forskning på feltet og at problemstillingen egnet seg for å utforske på en fleksibel og dynamisk måte. Det er også en begrenset internasjonal forskning (15;16). Målet med prosjektet var derfor å få innsikt i ambulansepersonells egne opplevelser med ambulanseoppdrag til personer med rus og psykiske helselidelser – med det forstås erfaringer og utfordringer de møter i sin arbeidshverdag i prehospitalt arbeid. Derfor mente jeg at dybdeintervju ville være en god måte å utforske kritikken av ROP- feltet i prehospitalt arbeid. Mitt valg av intervju som metode begrunnes derfor i å kunne utnytte både dybde og bredde fra flere informasjonskilder, og speile et mangfold i opplevelser og meninger. Siden intervju beskrives som en god måte å fange opp opplevelser på, så jeg på dette valget som naturlig (55). Valget av analysemetode ble gjort etter anbefalingene fra Malterud (55). STC er god på utforskede fenomener som jeg mener denne undersøkelsen er, i norsk målestokk (59). STC-metoden er overkommelig for nybegynnere (55;59) noe som passet for meg som ikke har gjort kvalitativ systematiske analyser tidligere.

6.2.2 Reliabilitet – nøyaktigheten av undersøkelsen

For å styrke reliabiliteten har jeg prøvd å være nøyaktig i utførelsen av metoden ved å følge «oppskriften» for analyser av tekst. Intervjuene har vært foretatt ansikt til ansikt både på Zoom og personlig. Begge har fungert tilfredsstillende. Jeg opplevde ingen betydelig forskjell og fikk tilbakemeldinger på at man nærmest glemte at man ikke var fysisk i samme rom.

Likevel vil det kunne være nyanser som et digitalt intervju ikke fanger opp, og skaper en avstand som et til-stede-intervju ikke gjør. Jeg er usikker på om dette har påvirket dataene som ble frembrakt gjennom intervjuene. Jeg har uansett ikke oppfattet dette som et problem. Respondentene har gitt sitt samtykke og ble gjort kjent med taushetsplikten. Det ble stilt oppfølgings spørsmål og det ble brukt dialogisk validering. Å ikke følge intervjuguiden slavisk krever trening, men utfordringen ble også redusert ved påfølgende intervjuer. Å føle på tidspress, og ønske om å få inn mest mulig spørsmål, kan likevel ha gått ut over kvaliteten på noen intervjuer, fordi det er mulig at enkelte har hatt mer informasjon som de ikke fikk gitt, før jeg avbrøt dem med neste spørsmål. Intervjuguiden ble videreutviklet etter hvert intervju, noe som kan ha styrket validiteten (98), fordi nye perspektiver om hva respondentene opplever og var opptatt av kom frem, og ble dermed en del av den videre undersøkelsen. I STC-metoden valgte jeg å ikke involvere flere forskere i gjennomgang av det innsamlede datamateriale. Svakheten med at bare en har analysert materialet, betyr at nyansene i analysen er begrenset. Med en annen persons tolkning hadde det vært mulig å avdekke hvordan jeg med min forforståelse ubevisst har tolket teksten, fordi man ser at man har tolket den samme teksten på ulike måter.

6.2.3 Betydningen av utvalget- informasjonsstyrke, metning og overførbarhet

Det gikk ut invitasjon til alle helseregioner, men kom bare svar fra en. Det betyr at resultatet preges av at respondentene bare kommer fra Helse Nord og fra distrikts- tjenester. Dermed foreligger ingen resultater fra resten av landet og bystrøk. Det er sannsynlig at det er forskjeller i regioner i syn på temaet på grunn av ulikheter i hvordan tjenesten er organisert, og hvordan intern prioritering og opplæring foregår. Bredde og variasjoner fra andre regioner vil dermed ikke framkomme fra materialet. Når det gjelder tolkningen av funn på utdanningsbakgrunn, mener jeg at grunnutdanningen er relativ lik i Norge, og overførbarheten til andre deler av landet på den bakgrunn vil være mulig. På den annen side kan kulturen som finnes internt på ulike ambulansestasjoner være forskjellig fra stasjon til stasjon, og dette kan redusere overførbarheten til andre ambulansestasjoner. Jeg gjorde et strategisk valg fra det tilgjengelige utvalget ved å sette sammen variasjon av utdanningsbakgrunn, kjønn, alder og erfaring. Dermed ble det til tross for manglende geografisk bredde, et utvalg som har god variasjon av egenskaper, og dermed belyser problemstillingen på en måte som styrker validiteten.

Utvalget bør verken være for lite eller for stort. Informasjonstyrke (metning) indikerer at jo mer informasjon utvalget inneholder, relevant for selve studien, jo lavere antall deltakere er nødvendig (55;56). Det kom relativt tidlig til et metningspunkt hvor hvert intervju inneholdt mye lik informasjon. Derfor var det ikke behov for å intervju flere enn de syv jeg hadde, metningen ble nådd allerede etter fire-fem. Jeg ville ha foretatt flere intervju hvis jeg hadde hatt kandidater fra flere regioner. En innledende tilnærming av utvalgsstørrelse er nødvendig for planlegging, mens tilstrekkeligheten av den endelige utvalgsstørrelsen må evalueres fortløpende under forskningsprosessen (56). Jeg ville også ha vurdert flere intervjuer hvis funnene hadde hatt mye motstridende og lite relevant informasjon. Resultatene presentert i den endelige publikasjonen vil vise om det faktiske utvalget hadde tilstrekkelig informasjonskraft til å utvikle ny kunnskap, med henvisning til målet med studien. Prøvetilstrekkelighet, datakvalitet og variasjon av relevante hendelser er ofte viktigere enn antall deltakere (56).

6.2.4 Forskerens forforståelse – styrker og svakheter

Min egen posisjon, perspektiver og forforståelse har naturlig nok preget utforming av intervjuguide, analyse, tolkning og presentasjonene av resultater. Min bakgrunn fra både ambulansesfag, paramedisin og sykepleie, har gitt meg en forståelse og innsyn i både utdanningenes innhold og kompetanseområder, og derfor har dette sannsynligvis påvirket spørsmålene og hvordan jeg tolker resultatene. Dette har også påvirket synet på utvalget, fordi jeg har ønsket å finne ut synspunkter fra alle utdanningsbakgrunner. Mitt perspektiv på utdanningene og min kliniske erfaring, gjør at min forforståelse ikke er nøytral. Jeg kan nok ha sett etter svar som både bekrefter mine synspunkter og erfaringer, og kan dermed ha oversett det som ikke bekrefter det. For å redusere denne effekten var jeg i utgangspunktet bevisst på å forsøke å være nøytral, og har ikke gjort bevisste valg i forhold til hva jeg mente og trodde. Styrkene med min posisjon gjør at jeg ser flere sider av problemstillingen og har tverrfaglig forståelse, svakheten er altså at jeg kan gå i bekreftelsesfellen – bli forutinntatt, og lete etter mitt perspektiv og forforståelse.

6.2.5 Validiteten – hva undersøkelsen har kastet lys over

Undersøkelsen er ment å belyse ambulanspersonells opplevelser og erfaringer i arbeidshverdagen. Intern validitet vil si – hvilke aspekter av det fenomenet som her er studert,

har de metodiske valgene som er gjort gitt innsyn i, og hva kan det ikke si noe om når det er gjort på denne måten (55). Resultatene av de funn jeg har gjort må brukes med forsiktighet. Generalisering handler om i hvilken grad funnene i undersøkelsen kan være overførbare til andre områder av tjenesten (55). Mine funn sier noe om hvordan tjenesten oppleves der respondentene jobber. Den sier ikke noe om hvordan det oppleves av andre, på andre tjeneststeder. Likevel kan det gi en pekepinn på dette, med bakgrunn i det som hevdes i debatt i media, og i den forskningen som jeg viser til internasjonalt. Funnene forteller noe om at flere av ambulanspersonellet har bekymringer knyttet til kunnskap, kompetanse, egensikkerhet, holdninger, mangler på systemnivå og tverrfaglig samarbeid. Undersøkelsen svarer derfor på problemstillingen med utfordringene som oppleves, og kommer med bakgrunn i tidligere forskning og de bekymringer som oppleves, med forslag til forbedringer av møte med ROP i prehospitalt arbeid.

7. Konklusjon

Problemstillingen tar utgangspunkt i ambulansepersonellets opplevelser av utfordringer, mangler, og forbedringspotensialer i møte med mennesker med rus og psykiske lidelser. Funnene avdekker at ambulansepersonell opplever mangler i prioriteringer i akuttkjeden, både fra nasjonalt og lokalt nivå, når det gjelder ROP-lidelser – med for lite søkelys på ROP-problematikken generelt og utilstrekkelig utdanning, trening og mangler i retningslinjer. De opplever at akuttpsykiatrien har sin rettmessige plass i prehospitalet akuttmedisin, og at det derfor bør prioriteres likt med andre felt i akuttmedisinen. Respondentene etterlyser derfor større prioriteringer i kompetanseutvikling innen ROP-feltet i egen utdanning, og større fokus og prioriteringer i systemet generelt, for å kunne overholde forsvarlighetskravet, og kunne tilrettelegge for bedre pasientforløp. Det etterlyses også nyttige retningslinjer, og bedre tverrfaglig kommunikasjon, både for å forstå hvilke muligheter som foreligger, og hva man skal kunne forvente av hverandre. Helsemyndighetenes ambisjoner om økt fokus på ROP-feltet i akuttmedisinen synes derfor ikke innfridde, eller har ikke kommet langt nok. Selv om det har vært et betydelig kompetanseløft siste årene gjelder det i mindre grad den vanlige ambulansearbeider som fortsatt er grunnstammen i tjenesten. Det trengs også kunnskap om andre profesjoners yrkesperspektiv. ROP må prioriteres i trening og samhandling mellom helseetatene. Mer, og bedre opplæring, vil gi økt kompetanse. Mangler som påpekes er utfordringer som kan påvirke ambulansepersonellet med negative følelser og holdninger som igjen påvirker pasientbehandlingen og pasientforløpet. Utfordringene må derfor konfronteres. Mer forskning trengs på problemområdene – hva som kan gjøres for å styrke ROP-akuttkjeden generelt, og prehospitalet virksomhet spesielt. Innholdet og organiseringen av ROP-lidelser i helseutdanningene bør kartlegges og evalueres, for å bli mer relevant i forhold til praksis. Ambulansepersonellet bør rådføres ved fagutvikling og mer skreddersydd opplæring bør etableres internt i ambulansetjenesten.

Referanser

1. World Health Organization. Mental disorders. 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Steel Z., Marnane C., Iranpour C., Chey T., Jackson JW., Patel V. et al. The Global Prevalence of Common Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis 19802013. *Int. J. Epidemiol.* 2014; 43: 476–493. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
3. Rosenvinge J. Psykisk lidelse og psykisk helse. I: Svartdal F, red. *Psykologi 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2014. S. 213-221.
4. McCann T, Savic M., Ferguson N., Bosley E., Smith K., Roberts L. et al. Paramedics' Perceptions of Their Scope of Practice in Caring for Patients with Non-Medical Emergency-Related Mental Health and/or Alcohol and Other Drug Problems: A Qualitative Study. *PLOS ONE*. 2018; 13: 1-16. DOI: doi.org/10.1371/journal.pone.0208391
5. Oftedahl L. Psykiatriambulansen i Bergen ble 15 år i 2020. Det gode møtet er målet. *Ambulanseforum*. 2020. Tilgjengelig fra: <https://ambulanseforum.no/artikler/psykiatriambulansen-i-bergen-er-15-ar-det-godemotet-er-malet>
6. Mæle S. Psykiatriambulansen i Bergen – har gjort samarbeidet med mellom politiet og ambulansetjenesten bedre. *Ambulanseforum*. 2021. Tilgjengelig fra: <https://ambulanseforum.no/artikler/psykiatriambulansen-i-bergen-har-gjort-samarbeidet-mellom-politiet-og-ambulansetjenesten-bedre>
7. Gaerd K. 17 år med psykiatriambulanse i Bergen. *Frifagbevegelse*. 2022. Tilgjengelig fra: <https://frifagbevegelse.no/fagbladet/sykepleier-ann-christin-opplever-at-politiet-bli-lettet-nar-hun-og-kollegaene-kommer-6.469.869751.b652cda33c>
8. Lindström V., Sturesson L., Carlborg A. Patients' experiences of the caring encounter with the psychiatric emergency response team in the emergency medical service – A qualitative interview study. *Health Expectations*. 2019; 23: 442–449. DOI: [10.1111/hex.13024](https://doi.org/10.1111/hex.13024)
9. Mavrogiorgou P., Brüne M., Juckel G. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl Int*. 2011; 108(13): 222–30. DOI: doi.org/10.3238/arztebl.2011.0222
10. Ford-Jones P., Chaufan C. A Critical Analysis of Debates Around Mental Health Calls in the Prehospital Setting. *Inquiry*. 2017; 54: 1-5. DOI: <https://doi.org/10.1177/08980177046086958017704608>
11. Dejean D., Giacomini M., Welsford M., Schwartz L., Decicca P. Inappropriate

- Ambulance Use: A Qualitative Study of Paramedics' Views. *Health Policy*. 2016; (11)3: 67-79. DOI: <http://dx.doi.org/10.12927/hcpol.2016.24535>
12. Prener C., Lincoln A. Emergency Medical Services and “Psych Calls”: Examining the Work of Urban EMS Providers. *Am. J. Orthopsychiatry*. 2015; (85)6: 612-619. DOI: <https://dx.doi.org/10.1037/ort0000077>
 13. Oftedahl L. Verdig transport av psykisk syke. Åtte innsikter og 15 tiltak kom som følge Av prosjektet «Verdig vei videre, transport av psykisk syke». *Ambulanseforum*. 2020; (45)5: 34-39.
 14. NOU 2015: 17. Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Oslo: Regjeringen, 2016. Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/sec13>
 15. Emond K., Bish M., Savic M., Lubman D., McCann T., Smith K. et al. Characteristics of Confidence and Preparedness in Paramedics in Metropolitan, Regional, and Rural Australia to Manage Mental-Health-Related Presentations: Cross sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021; 18: 1-10. DOI: <doi.org/10.3390/ijerph18041882>
 16. Emond K, O’Meara P, Bish M. Paramedic management of mental health related presentations: a scoping review. *J. Ment. Health*. 2019; 28(1): 89-96. DOI:10.1080/09638237.2018.1487534
 17. Waltrich N., Sheen J., Ling M. Paramedics’ confidence and perceived competence when attending to varied patient presentations: A mixed-method study. *PsyArxiv*. 2021. DOI:10.31234/osf.io/jh3q2.
 18. Hutchinson T., Lees C., Lotto R., White A., Harris R. Clinical decision making and the challenges of responding to mental health needs. *J Paramed. Pract*. 2019; 11(10). DOI: <https://doi.org/10.12968/jpar.2019.11.10.434>
 19. Rolfe U., Pope C., Crouch R. Paramedic performance when managing patients experiencing mental health issues – Exploring paramedics’ Presentation of Self. *Int. Emerg. Nurs*. 2020; 49 (3). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.100828>
 20. Stander C., Hodkinson P., Dippenaar P. Prehospital care providers’ understanding of responsibilities during a behavioral emergency. *S Afr J Psychiat*. 2021; 27(0), a1545. DOI: <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v27i0.1545>
 21. Zetterberg J., Visti E., Holmberg M, Andersson H., Aléx J. Nurses’ experiences of encountering patients with mental illness in prehospital emergency care – a qualitative interview study. *BMC Nursing*. 2022; 21, 89. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-022>

00868-4

22. Xanthopoulou P., Thomas C., Dooley J. Subjective experiences of the first response to mental health crises in the community: a qualitative systematic review. *BMJ Open*. 2022; 12: e055393. DOI:10.1136/ bmjopen-2021-055393
23. Ford-Jones P., Daly T. Filling the gap: Mental health and psychosocial paramedicine programming in Ontario, Canada. *Health Soc Care Community*. 2022; 30:744–752. DOI:10.1111/hsc.13189
24. Bergem AK. «Psykiatrioppdrag» – på tide å kalle det noe annet? *Ambulanseforum*. 2020; (45)3: 42-43.
25. Akuttmedisinforskriften. 2015. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste m.v. Lov 1999-07-02nr 61 ... 2014-06-20 nr 42. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>
26. Helsedirektoratet. Prehospitale akuttjenester. 2021. [nettdokument]. [oppdatert 31.08.2021] Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 0204.2022 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb/akuttbehandling-ogoppfolging-etter-rusmiddeloverdose/aktiviteter-og-tiltak-fra-tjenesteytere/prehospitaleakuttjenester>
27. Oftedahl L. Akuttkjeden – hvordan står det til. *Ambulanseforum*. 2013. 38(6): 12-42.
28. NOU 2020: 2. Fremtidig kompetansebehov III. Læring og kompetanse i alle ledd. Oslo: regjeringen. 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/053481d65fb845be9a2b1674c35d6d14/no/pdfs/nou202020200002000dddpdfs.pdf>
29. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023. Kortversjon. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. 2019. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/e353a5d022d84deabd969a5fe043783e/no/pdfs/i1194_b_kortversjon_nasjonal_helse.pdf
30. Spetalen H. Kompetansebegrepet i profesjonsutdanning. Småskriftserien nr. 2/2010. Lillestrøm: Høgskolen i Akershus. 2010. Tilgjengelig fra: https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/189/smaskrift_2_2010_spetalen.pdf?sequence=1
31. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted til rett tid. Meld st. nr. 47.(2008-2009). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. 2008. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
32. Universitets- og høyskoleloven – uhl. Lov om universiteter og høyskoler (universitets-

- og høyskoleloven) av 2005-04-01 nr 15. Tilgjengelig fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-04-01-15>
33. Helsedirektoratet. Kompetansebehov i ambulansesfag. Rapport fra arbeidsgruppe. Rapport IS-0425. Oslo: Helsedirektoratet. 2014. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kompetansebehov-iambulansesfag/Kompetansebehov%20i%20ambulansesfag.pdf/_/attachment/inline/0590ef1a-bfbd-4737869bd79f8210f16b:b41e92bf7c3da08c0d44753b9387ce402dcd87d3/Kompetansebehov%20i%20ambulansesfag.pdf
 34. Oftedahl L. Første kull bachelor paramedics er ferdig. Ambulanseforum. 2017. Tilgjengelig fra: <https://ambulanseforum.no/artikler/forste-kull-bachelor-paramedics-ferdig>
 35. Reilstad K. Første masterkull i prehospital akuttmedisin. [nettdokument] [oppdatert 5. jan 2021; hentet 4. feb 2022] Stavanger: Universitetet i Stavanger. 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.uis.no/nb/forste-masterkull-i-prehospital-akuttmedisin>
 36. Hauge KM. Banebryteren. Ambulanseforum. 2019. Tilgjengelig fra: <https://ambulanseforum.no/artikler/banebryteren>
 37. Helse- og omsorgstjenesteloven – hol. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 2011-06-24 nr 30. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
 38. Haugen J. Akuttmedisin – utenfor sykehus. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2019. 358 s.
 39. Spesialisthelsetjenesteloven. 1999. Lov om spesialisthelsetjenesten m.v. av 1999-07-02 nr 61. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
 40. Helsepersonelloven. 1999. Lov om helsepersonell m.v. av 1999-07-02 nr 64. Tilgjengelig fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
 41. Psykisk helsevernloven. 1999. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.v. av 1999-07-02 nr 62. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
 42. Nordby H. Ethiske dilemmaer i helse-og omsorgsfag. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2012. 202 s.
 43. Skårderud F., Haugsgjerd S., Stänicke E. Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2018. 538 s.
 44. Nordby H. Ikke-tekniske ferdigheter i ambulansearbeid. Ambulanseforum. 2013; 28 (2): 28-37.

45. Bradbury J., Hutchinson M., Hurley J., Stasa H. Lived experience of involuntary transport under mental health legislation. *Int. J. Mental Health Nursing*. 2017; (26)6: 580-592. DOI: [I://doi.org/10.1111/inm.12284](https://doi.org/10.1111/inm.12284)
46. Eide H., Eide T. *Kommunikasjon i relasjoner*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2017. 443 s.
47. Nordby H. Management in Ambulance services: Communicative challenges. *J Med Pract Manage*. 2015; 30(4) 255-7. PMID: 26223104
48. Oftedahl L. I Bergen og Stavanger finnes en psykiatriambulanse, men Trondheim sa nei. *Ambulanseforum*. 2019. Tilgjengelig fra <https://ambulanseforum.no/artikler/i-bergen-og-stavanger-finnes-en-psykiatriambulanse-men-trondheim-sa-nei>
49. Trædal TJ. Tilpassede biler og ansatte med spesiell kompetanse: Slik har egne ambulanser for psykisk syke blitt en suksess i Bergen og Stavanger. *Politiforum*. 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.politiforum.no/helse-psykiatri-psykiatriambulanse/tilpassede-biler-og-ansatte-med-spesiell-kompetanse-slik-har-egne-ambulanser-for-psykisk-syke-blitt-en-suksess-i-bergen-og-stavanger/143916>
50. Helse- og omsorgsdepartementet. *Oppdragsdokument 2014 Helse Sør-Øst RHF*. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet. 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/sha/oppdragsdokumenthso.pdf>
51. Fuglerud T. *Prehospital transport av psykisk ustabile pasienter. Pasientenes og ambulansarbeidernes opplevelser av psykiatriambulansen, ordinær ambulanse og politiet [masteroppgave]*. Oslo: Universitetet i Oslo. 2017. 83 s. Tilgjengelig fra: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/57353>
52. Sykehuset i Vestfold HF og Sykehuset Telemark HF. *Verdig Vei Videre -transport av psykisk syke i akutt krise*. Tønsberg: Sykehuset Vestfold; 2016, Foreløpig sluttrapport 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.siv.no/SiteCollectionDocuments/Sluttrapport%20Verdig%20vei%20videre.pdf>
53. Dalland O. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2012. 257 s.
54. Grenness T. *Innføring i vitenskapsteori og metode*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS. 2001. 226 s.
55. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS. 2017. 254 s.
56. Malterud K., Siersma, V., Guassora A. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual. Health Res*. 2016; 26(13): 1753–1760. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049731516658573>

[//doi.org/10.1177/1049732315617444](https://doi.org/10.1177/1049732315617444)

57. Norsk senter for forskningsdata. Informasjon til deltagerne. Mal for informasjonsskriv [nettdokument]. [oppdatert 2022. Hentet 7 apr 2022]. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjemaforpersonopplysninger/sjekkliste-forinformasjon-til-deltakerne/>
58. Maritvold K. Using personal- and/or health data in your Master thesis. Stavanger: Universitetet i Stavanger. 2021.
59. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand. J. Public Health*. 2012; 40(8): 795-805. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F1403494812465030>
60. Alexandersen A., Weber A. Bruker Spør Bruker evaluering. Evaluering av: Transport/Veien inn til ø-hjelpsinnleggelse i psykisk helsevern ved akuttposter i Psykisk helse og rusklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge HF. UNN HF og Bruker Spør Bruker ANS (BSB). 2016. Rapport 1/2016. Tilgjengelig fra:
<https://unn.no/om-oss/nyheter/evaluering-av-bruker-spor-brukerundersokelse>
61. Endr. i akuttmedisinforskriften. 2022. Forskrift om endring i forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). m.v. Lov 1999-07-02 nr 61 [...] 2014-06 20 nr 42. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/202204-22-598>
62. Voraas G., Eilertsen J., Harberg E., Furuknap DU., Bakkerud MF. Norsk Paramedicforening reagerer på Helse- og Omsorgsdepartementets forslag til endring i Akuttmedisinforskriften. *Ambulanseforum*. 2022. Tilgjengelig fra:
<https://ambulanseforum.no/artikler/reagerer-pa-forslag-til-endring-i-akuttmedisinforskriften-en-fallitterklaering>
63. Sævoid KH. Opprørt og forbannet over svekket ambulanseredskap. *Delta/aktuelt*. 2022. Tilgjengelig fra: [https://www.delta.no/aktuelt/opprort-og-forbannet-over-svekket Ambulanseberedskap](https://www.delta.no/aktuelt/opprort-og-forbannet-over-svekket-Ambulanseberedskap)
64. Legeforeningen. Høring – Vurdering av endringer i akuttmedisinforskriften som gjelder kompetansekrav i ambulansetjenesten. 2020. Tilgjengelig fra: 11.11.20 <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-forallmenntillegemedisin/politikk/hoeringsuttalelser/Eldre-horinger/hoering-vurdering-avendringer-i-akuttmedisinforskriften-som-gjelder-kompetansekrav-i-ambulansetjenesten11.11.20/>
65. Meland M. Fra kompetanseløft til kompetansefall i ambulansetjenestene? *Dagens Medisin*. 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/02/15/fra>

kompetanseloft-til-kompetansefall-i-ambulansetjenestene/

66. Helse-og omsorgsdepartementet. Høringsnotat. Forslag til endringer i akuttmedisinforskriften. Oslo: Helse -og omsorgsdepartementet. 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/eb789ee1847140e39989328603201a5/horingsnotat-av-3.-november-2017.pdf>
67. Rønning K. Ambulanse og akuttmedisinforskriften – Hva nå? Fagforbundet. 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.fagforbundet.no/a/364403/yrke/prehospitale-tjenester/aktuelt2/ambulans-og-akuttmedisinforskriften--hva-na/>
68. Brandstorp H., Svensson A. Koordinering og samarbeid ved beslutninger. I: Iversen A., Hauksdottir N, red. Tverprofesjonell samhandling og teamarbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2021. s. 124-147
69. Zakariassen E, Burman R., Hunskår S. The epidemiology of medical emergency contacts outside hospitals in Norway a prospective population based study. SJTREM. 2010; 18: 9 DOI: 101186/1757-7241-18-9.
70. Andrade LH., Alonso J., Mneimneh Z, Wells JE., Al-Hamzavi A., Borges G. et al. Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. Psychol Med. 2014; 44: 1303–17. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291713001943>
71. Corrigan PW., Druss BG., Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. Psychol Sci Public Interest. 2014; 15: 37–70. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F1529100614531398>
72. Grue J., Johannesen L., Rasmussen E. Prestige rankings of chronic diseases and Disabilities. A survey among the professionals in the disability field. Soc. Sci. Med. 2015; 124: 180-186. DOI:10.1016/j.socscimed.2014.11.044
73. Torgalvsbøen A-K. Psykologen i «psykiatrien» – fra veloppdragen gjest til myndig entreprenør. Tidsskr Nor Psykologforen. 2009; 46(7). Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2009/07/psykologen-i-psykiatrien-fra-veloppdragen-gjest-til-myndig-entreprenor>
74. Andersen G., Utaaker E., Brox M., Solstad G. Arbeidstilsynets tilsyn og veiledning i ambulansetjenesten i 2018-2019. Trondheim: Direktoratet for arbeidstilsynet. 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/globalassets/om-oss/forskning-og-rapporter/rapporter-fra-tilsynsprosjekter/arbeidstilsynets-tilsyn-og-veiledning-i-ambulans-tjenesten-i-2018-2019.pdf>
75. Siem F., Simonsen M. Vold og trusler mot ambulanspersonell. Ambulanseforum. 2017; 42(3): 40-45.

76. Helse-og omsorgsdepartementet. Kultur for kvalitet i høyere utdanning. Meld st. nr. 16. (2016-2017). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/aee30e4b7d3241d5bd89db69fe38f7ba/no/pdfs/stm201620170016000dddpdfs.pdf>
77. Orvik A. Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS. 2015. 376 s.
78. Oftedahl L., Krosshus LH. Skremmende rus- og psykiatrioppdrag. Ambulanseforum. 2015; 40(5): 16-17.
79. Krogh G., Ichijo K., Nonaka I. Slik skapes kunnskap. 8. utg. Oslo: Cappelen Damm. 2000. 317 s.
80. Johansen I., Carlsen B., Hunskaar S. Psychiatry out-of-hours: a focus group study of GPs' experiences in Norwegian casualty clinics. BMC Health Serv. Res. 2011; 11:132. DOI: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/132>
81. Førland O., Zakariassen E., Hunskår S. Samhandling mellom ambulansesarbeider og legevaktlege. Tidsskr Nor Legeforen. 2009; 129: 1109-11. DOI:10.4045/tidsskr.08.0501
82. Nordby H. Samhandling mellom leger og ambulansepersonell. Tidsskr Nor Legeforen. 2009; 129: 1484. DOI: 10.4045/tidsskr.09.0700
83. Nordby H. Samhandling i prehospitalt arbeid. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk. 2019. 239 s.
84. Gulliksen S. Store regionale forskjeller innen prehospital psykiatri. Ambulanseforum. 2012; 2(37) 14-15.
85. Utdanningsdirektoratet. VG3 Ambulansefaget (AMB03-02). Kompetansemål og vurdering. [nettdokument]. [gyldig fra 1. aug. 2022; hentet 10. april 2022]. Oslo: Utdanningsdirektoratet. 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/lk20/amb0302/kompetansemaal-og-vurdering/kv487>
86. Forskrift om nasjonal retningslinje for paramedisinutdanning. 2020. Lov av 2005-04-01 nr 15. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-01-31-99/kap2>
87. Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. 2019. Lov av 2005-04-01 nr 15. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-0315412#KAPITTEL_2
88. OsloMet. Bachelorstudium i paramedisin – Programplan. [nettdokument]. [gyldig fra høst 2022; hentet 12 apr 2022] Oslo: Oslo Metropolitan University –Storbyuniversitetet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://student.oslomet.no/studier//studieinfo/programplan/PARA/2022/HØST>

89. Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning. 2008. Lov 2005-04-01 nr 15.
Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-01-25-128>
90. Jordahl JS., Ravneberg M. Hva skiller utdanningsløpene B.Sc. paramedic og ambulansesfag – en dokumentanalyse. [bacheloroppgave]. Oslo: Oslo Metropolitan University – Storbyuniversitetet. 2019. 43 s. Tilgjengelig fra: <https://oda.oslomet.no/oda/xmlui/handle/20.500.12199/3034>
91. Oftedahl L. Ikke ta legeavgjørelser. Det kan koste deg jobben. Ambulanseforum. 2010. 35(1):20-21.
92. Befring A., Ohnstad B. Helsepersonelloven – med kommentarer. 2. utg. Oslo: Fagbokforlaget. 2010. 364 s.
93. Molven O. Helse og jus. 8.utg. Oslo: Gyldendal Juridisk. 2015. 474 s.
94. Seligman M., Rashid T., Parks A. Positive Psychotherapy. Am. Psychol. 2006; 774-788. DOI: 10.1037/0003-066X.61.8.774
95. Deneckere S., Euwema M., Van Herck P., Lodewijckx C., Panella M., Sermeus W. et al. Care pathways lead to better teamwork: Results of a systematic review. Soc. Sci. Med. 2012; 75: 264-268. DOI: doi:10.1016/j.socscimed.2012.02.060
96. Rees N., Rapport F., Snooks H. Perceptions of paramedics and emergency staff about the care they provide to people who self-harm: Constructivist metasynthesis of the qualitative literature. J Psychosom Res. 2015; 78: 529–35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.007>
97. Iversen A., Hauksdottir N. Tverprofesjonelle team – kollektiv kompetanse. I: Iversen A., Hauksdottir N, red. Tverprofesjonell samhandling og teamarbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk 2021. s. 148-158.
98. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Nor Lægeforen. 2002; 25, 122: 2468-72. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Vedlegg

1. Forkortelser	s. 80
2. Informasjonsskriv til informanter	s. 81
3. Samtykkeerklæring	s. 84
4. Intervjuguide	s. 85
5. Fremleggingsvurdering fra REK	s. 87
6. Godkjenning fra NSD	s. 89
7. Databehandlingsavtale mellom OsloMet og UiS	s. 92
8. Retningslinjer for håndtering av forskningsdata ved UiS.	s. 98
9. Retningslinjer for personvern i Nettskjema UiO	s. 102

1. Forkortelser

AAT	Ambulant akutteam
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral
FACT	Fleksibel aktiv oppsøkende behandling
HF	Helseforetak
HOD	Helse-og omsorgsdirektoratet
HSØ	Helse Sør-Øst
KAD	Kommunal akutt døgnetenhet
MAP	Møte med aggresjonsproblematikk
NOU	Norske offentlige utredninger
NSD	Norsk senter for forskningsdata
OsloMet	Oslo Metropolitan University – Storbyuniversitetet
PHCC	Prehospital Critical Care
REK	Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk
RHF	Regionalt helseforetak
ROP	Rus og psykiatri
SIPA	Sikkerhet i prehospitalt arbeid
SiV	Sykehuset i Vestfold
SAMDATA	Sammenligningsdata for spesialisthelsetjenesten
STC	Systematic text condensation
STHF	Sykehuset Telemark
UiO	Universitetet i Oslo
UiS	Universitetet i Stavanger
VIVAT	Kurs i selvmordsforebygging

2. Informasjonsskriv til informanter

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Ambulansepersonellets opplevelser av psykiatrioppdrag – en kvalitativ studie fra ambulansetjenesten».

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å «utforske opplevelser ambulanspersonell har i oppdrag med pasienter med psykiatriske helselidelser og rusproblematikk».

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Det er lite kunnskap i Norge om ambulanspersonellets erfaringer med oppdrag med pasienter med psykiske helselidelser og rusproblematikk. Studien ønsker å utforske hvordan ambulanspersonell både opplever situasjoner som nevnt over, og hvordan de håndterer slike oppdrag. Det er ambulanspersonellets egne erfaringer vi ønsker å sette søkelys på.

For å få vite mer om dette skal det gjennomføres et personlig semi-strukturert intervju med personer som jobber i ambulansetjeneste som vil fortelle om erfaringer med psykiatrioppdrag i sitt arbeid. Intervjuet vil bli analysert med kvalitativ analysemetode. Prosjektet inngår som del av en masteroppgave ved studiet Prehospital Critical Care ved Universitet i Stavanger, og kan inngå i fremtidige forskningsprosjekter i regi av bachelor programmet i paramedisin ved OsloMet.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Ansvarlig for prosjektet er Master i Prehospital Critical Care/Det helsevitenskapelige fakultetet/Universitetet i Stavanger og Bachelor i paramedisin/Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid/Fakultetet for helsevitenskap ved OsloMet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Studien henvender seg til ambulansarbeidere, paramedisinere eller sykepleiere som jobber i ambulansetjenesten. Målet er å inkludere ambulanspersonell av begge kjønn, med ulik alder og med forskjellig erfaring og ansiennitet for å speile bredden i målgruppen. Invitasjon til å delta sendes til de utvalgte ambulansstasjonene via avdelingsledelsen og/eller vil bli kontakt direkte. Vi vil intervju 5-10 personer totalt.

Hva innebærer det for deg å delta?

Siden studiet søker å få en dypere innsikt fra ambulanspersonellet angående problemstillingen, er det valgt intervju som metode. Dette utføres primært ved direkte en-til-en samtale mellom forsker/student og den frivillige ambulansarbeideren.

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det et oppmøte til et intervju eventuelt videosamtale på Zoom som vil ta til sammen ca. 30-60 min. Intervjuene vil bli gjennomført i perioden februar-mars 2022. Lyd fra intervjuet vil bli tatt opp digitalt på en kryptert lagringsenhet og det vil bli gjort notater underveis. Intervjuet vil bestå av åpne spørsmål rundt oppdrag med pasienter med psykiske helselidelser og rusproblematikk.

Det du forteller vil registreres både i form av notater og ved lydopptak. Lydopptaket fra intervjuet transkriberes så i etterkant. Lydopptak utføres for ikke å miste viktig informasjon og helheten i den informasjonen som samles inn. Alt vil foregå på norsk.

Av hensyn til taushetsplikten skal du ikke gi opplysninger om enkeltpasienter i intervju.

Det er frivillig å delta

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 på din arbeidsplass eller i ditt yrke hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun student som vil ha tilgang til din kontaktinformasjon og lydfilene. Vi vil ikke spørre deg om personsensitiv informasjon, eller vi vil ikke oppgi opplysninger som kan gjøre at andre kan identifisere deg verken direkte eller indirekte.
- Lydfiler, transkripsjonene og din kontaktinformasjon blir lagret på passord beskyttet pc eller passord beskyttet minnepinne.
- Din kontaktinformasjon blir erstattet med en tallkode og lagret på en annen pc med eget passord
- Direkte sitater vil bli brukt i presentasjoner, innlevert oppgave og eventuelt andre senere publikasjoner, men disse vil ikke inneholde opplysninger som gjør at du kan bli gjenkjent eller identifisert. Deltagerne i studiet beskrives kun med kjønn, aldersintervall (ikke nøyaktig alder), eventuelt jobb-ansiennitet og utdanning.
- Databehandlerne ved UiS og videosamtale- leverandøren Zoom vil ha tilgang til opplysninger.

Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven ved innlevering, eller i eventuelle senere publikasjoner.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Lydfilene og dine personopplysninger og eventuelt annen direkte identifiserbar informasjon slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er ca. 20.06. 2022.

De anonyme transkripsjonene lagres for bruk i påfølgende studier ved Bachelor i paramedisin ved OsloMet.

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 og OsloMet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Ønsker du å delta? Ta da kontakt med:

- Universitetet i Stavanger ved Kjetil Rist (student) (k.rist@stud.uis.no)

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Stavanger ved Per Kristian Hyldmo (studieleder) (per.k.hyldmo@uis.no)
- OsloMet ved Kristin Häikiö (veileder) (haikio@oslomet.no)
- Personvernombudet ved Universitetet i Stavanger (personvernombud@uis.no)
- Personvernombudet ved OsloMet, Eirik Dåstøl Langeland (eirikdas@oslomet.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 (personvertjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Kristin Häikiö, veileder

Kjetil Rist, student

3. Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [Ambulansepersonellets opplevelser av psykiatrioppdrag], 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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

4. Intervjuguide

Intervjuguide

«Ambulansepersonellets opplevelser av psykiatrioppdrag – en kvalitativ studie fra ambulansetjenesten»

UTVALGET HAR TAUSHETSPLIKT. Det innebærer at de ikke kan gi opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter. De bare kan snakke helt generelt om sine erfaringer. Vi gjør oppmerksom på at det ikke er nok å utelate navn ved eventuell omtale av konkrete erfaringer (eksempler/hendelser). Også bakgrunnsopplysninger som - alene eller i kombinasjon - kan identifisere pasienter må utelates, som f.eks. tid/sted, bosted, institusjon, alder, kjønn, familieforhold, spesielle diagnoser eller hendelser, saker omtalt i media osv. Forskeren tar dette opp med hver deltager før intervju og under intervju der det er nødvendig..

Respondent

Kjønn:

Alder:

Arbeidssted:

Yrke:

Utdannelse:

Ansiennitet:

1. Hva tenker du når du får et oppdrag når det mistenkes at det handler om psykiatri eller rusrelaterte helselidelser.
2. Er det noen spesielle erfaringer du vil trekke fram (fortelle om) i oppdrag med rus/psykiske helselidelser.
3. Føler du deg bekvem, trygg/utrygg, ved slike oppdrag.

4. Hva tenker du om din egen kompetanse i møte med pasienter med psykiatriske og rusrelaterte helselidelser.
5. Hvilken intern opplæring/kurs har du i forhold til psykiatri og rusrelaterte helselidelser.
6. Hva tenker du om utdanningen i ambulansefaget og/eller paramedisinutdanningen/sykepleie når det gjelder kunnskap om psykiatri og rusrelaterte helselidelser.
7. Hvor ofte øver du eller har du deltatt på øvelser på vurdering av psykisk syke.
8. Hvordan mener du dine kolleger håndterer slike oppdrag
9. Reflekterer du, diskuterer du eller har du debrief med kolleger etter psykiatrioppdrag
10. Hva opplever du at du trenger for å kunne gjøre en god/bedre jobb på slike oppdrag
11. Hvordan er din kunnskap om spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern og hvordan det er organisert.
12. Hvordan opplever du samarbeidet med AMK og legevakten under slike oppdrag.
13. Hva er dine erfaringer med mottak i sykehus når dere legger inn en pasient med psykiatri og rusrelaterte diagnoser eller symptomer
14. Hvordan opplever du å få bistand fra politiet på slike oppdrag.
15. Hva tenker du i forhold til akuttpsykiatriens plass i prehospital akuttmedisinen
16. Hvordan opplever du det er å forholde seg til gjeldende og relevant lovverk på slike oppdrag.

5. Fremleggingsvurdering REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Jessica Svård	55978497	04.10.2021	359836

Kjetil Rist

Fremleggingsvurdering: Ambulansepersonellets opplevelser av psykiatrioppdrag
Søknadsnummer: 359836
Forskningsansvarlig institusjon: Universitetet i Stavanger

Prosjektet vurderes som ikke fremleggingspliktig

Søkers beskrivelse

Hvordan opplever ambulanspersonell oppdrag med psykiatriske pasienter. Hvilke erfaringer, oppfatninger og utfordringer har ambulanspersonellet rundt «psykiatrioppdrag». Inkludert pasienter med psykiske helselidelser og rusproblemer. Kvalitativt intervju med ambulanspersonell.

Prosjektet vil kunne føre til opplysninger og bedre forståelse for utfordringer prehospitalt personell har i forhold til pasientgruppen og dermed større fokus på utdanning, kompetanse, holdninger/etikk, systemforbedring, i det minste på lokalt nivå. Både utøvere og pasienter kan dra nytte av denne forbedringsprosessen.

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 30.09.2021. Henvendelsen er behandlet av sekretariatet i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vest.

REKs vurdering

Generelt om fremleggingsplikten for REK

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Medisinsk og helsefaglig forskning defineres som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Slike prosjekter må søke REK.

Vurdering av om prosjektet er fremleggingspliktig

Formålet med undersøkelsen er å undersøke hvilke erfaringer, oppfatninger og utfordringer ambulanspersonellet har rundt «psykiatrioppdrag». Inkludert pasienter med psykiske helselidelser og rusproblemer.

Spørsmål:

REK vest

Besøksadresse: Armauer Hansens Hus, nordre fløy, 2. etasje,
Haukelandsveien 28, Bergen

| E-post: rek-vest@uib.no
Web: <https://rekportalen.no>

1. Hva er omfanget av utfordringene (hvilke erfaringer har de)
2. Hvordan opplever de utfordringene av disse oppdragene (hvorfor de eventuelt synes de er utfordrende)
3. Hvordan tenker de at disse utfordringene kan møtes/håndteres (forbedring av tjenesten, individ/systemnivå).

I søknadsskjema er det oppgitt at det skal forskes på humant biologisk materiale. Dette er ikke nevnt i protokollen og REK vest forutsetter at protokollen er riktig.

Undersøkelsen gjennomføres som kvalitativt intervju med ambulanspersonell. Samtykke skal innhentes fra deltakerne.

REK vest ved sekretariatet vurderer at prosjektet ikke søker ny kunnskap om helse og sykdom. Det er dermed ikke søknadspliktig til REK.

Til slutt vil jeg gjøre deg oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledning, jf. forvaltningsloven § 11. Komiteen er ikke bundet av de råd som er gitt her.

Konklusjon

Prosjektet er ikke fremleggingspliktig til REK.

Med vennlig hilsen,

Jessica Svärd
rådgiver REK vest

Kopi til:
Universitetet i Stavanger

6. Godkjenning fra NSD

NSD - Norsk senter for forskningsdata

Vurdering

Referansenummer

121672

Prosjekttittel

Ambulansepersonellets opplevelser av psykiatrioppdrag – en kvalitativ studie fra ambulansetjenesten

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kristin, haikio@oslomet.no, tlf: 47400706

Felles behandlingsansvarlige institusjoner

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kjetil Rist, k.rist@stud.uis.no, tlf: 99446806

Prosjektperiode

06.12.2021 - 31.12.2022

Vurdering (1)

25.01.2022 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med meldeskjemaet 25.01.22 med vedlegg, samt i meldingsdialogen og vurderingen her. Behandlingen kan starte.

FELLES BEHANDLINGSANSVAR

OsloMet og Universitetet i Stavanger bestemmer i fellesskap formål og midler med behandlingen av personopplysninger i prosjektet (felles behandlingsansvarlig). Vi

legger til grunn at behandlingen skjer i samsvar med kravene til felles behandlingsansvar, jf. personvernforordningen art. 26.

FREMLAGT FOR REK - IKKE SØKNADSPLIKTIG

Prosjektet er lagt frem for REK. REK har gitt veiledende svar om at prosjektet ikke fremstår som helseforskning, og derfor ikke trenger godkjenning fra REK.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger frem til 31.12.2022. Lydopptak skal da slettes og personopplysninger slettes/anonymiseres (som samtykkeerklæringer, koblingsnøkkel, navn, telefonnummer, epost, bosted, arbeidssted osv.). Kun anonyme transkripsjoner - som ikke på noen måte kan tilbakeføres til enkeltpersoner - lagres til videre bruk. I publikasjoner skal det ikke være mulig for noen å gjenkjenne informantene, verken direkte eller indirekte.

UTVALGET HAR TAUSHETSPLIKT

Utvalget har taushetsplikt. Det innebærer at de ikke kan gi opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter. De bare kan snakke helt generelt om sine erfaringer. Vi gjør oppmerksom på at det ikke er nok å utelate navn ved eventuell omtale av konkrete erfaringer (eksempler/hendelser). Også bakgrunnsopplysninger som - alene eller i kombinasjon - kan identifisere pasienter må utelates, som f.eks. tid/sted, bosted, institusjon, alder, kjønn, familieforhold, spesielle diagnoser eller hendelser, saker omtalt i media osv. Vi anbefaler at du tar dette opp med hver deltager før intervju. Du bør også understreke taushetsplikten underveis ved behov (f.eks. før spørsmål der du ber om deres erfaringer, som spørsmål 4).

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 nr. 11 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 av personopplysninger vil være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester 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 viderebehandles 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

Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: 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 (OsloMet/UIS) plikt til å svare innen en måned.

FØLG BEHANDLINGSANSVARLIG SINE RETNINGSLINJER

Personverntjenester 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). Zoom og UIO er databehandlere i prosjektet. Vi legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon (OsloMet/UIS).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med meldeskjema.

Lykke til med prosjektet!

7. Databehandlingsavtale mellom OsloMet og UiS

Mal for databehandleravtaler

I henhold til gjeldende norsk personopplysningslovgivning og forordning (EU) 2016/679 av 27. april 2016 (GDPR), Artikkel 28 og 29, jf. Artikkel 32-36, inngås følgende avtale

mellom

Navn på institusjonen

OsloMet - Storbyuniversitetet
(behandlingsansvarlig)

og

Navn på tjenesteleverandøren

Universitetet i Stavanger (UiS)
(databehandler)

Endret:

Kommentarer som ikke var relevante er slettet og gul farge er fjernet fra teksten. Utfyllende tekst er lagt til i punkt 4 og punkt 6. Punkt 9 og 10 er ikke relevant.

For øvrig er felter som skulle fylles ut, fylt ut med korrekt informasjon

Endret av:

Kristin Häikiö

Dato:

20.11.21

1. Avtalens hensikt

Avtalens hensikt er å regulere rettigheter og plikter i henhold til gjeldende norsk personopplysningslovgivning og forordning (EU) 2016/679 av 27. april 2016 om vern av fysiske personer i forbindelse med behandling av personopplysninger og om fri utveksling av slike opplysninger, samt om oppheving av direktiv 95/46/EF.

Avtalen skal sikre at personopplysninger ikke brukes ulovlig, urettmessig eller at opplysningene behandles på måter som fører til uautorisert tilgang, endring, sletting, skade, tap eller utilgjengelighet.

Avtalen regulerer databehandlers forvaltning av personopplysninger på vegne av den behandlingsansvarlige, herunder innsamling, registrering, sammenstilling, lagring, utlevering eller kombinasjoner av disse, i forbindelse med bruk av/behandling i (navn på tjeneste/prosjekt).

Ved motsetning skal vilkårene i denne avtalen gå foran databehandlers personvernerklæring eller vilkår i andre avtaler inngått mellom behandlingsansvarlig og databehandler i forbindelse med bruk av/behandling i (navn på tjeneste/prosjekt).

2. Formålsbegrensning

Formålet med databehandlers forvaltning av personopplysninger på vegne av behandlingsansvarlig er å levere og administrere/annen type behandling (Ambulansepersonnellets opplevelser av «psykiatrioppdrag» – en kvalitativ studie)

Personopplysninger som databehandler forvalter på vegne av behandlingsansvarlig kan ikke brukes til andre formål enn levering og administrasjon av/annen type behandling (navn på tjeneste/prosjekt) uten at dette på forhånd er godkjent av behandlingsansvarlig.

Databehandler kan ikke overføre personopplysninger som omfattes av denne avtalen, til samarbeidspartnere eller andre tredjeparter uten at dette på forhånd er godkjent av behandlingsansvarlig, jf. punkt 3 i denne avtalen.

3. Instruksjer

Databehandler skal følge de skriftlige og dokumenterte instruksjer for forvaltning av personopplysninger (Ambulansepersonnellets opplevelser av «psykiatrioppdrag» – en kvalitativ studie) som behandlingsansvarlig har bestemt skal gjelde.

OsloMet forplikter seg til å overholde alle plikter i henhold til gjeldende norsk personopplysningslovgivning som gjelder ved bruk av/behandling i (Ambulansepersonnellets opplevelser av «psykiatrioppdrag» – en kvalitativ studie) til behandling av personopplysninger.

Databehandler forplikter seg til å være behandlingsansvarlig dersom databehandler mottar instruksjer fra behandlingsansvarlig som er i strid med bestemmelserne i gjeldende norsk personopplysningslovgivning.

4. Opplysningstyper og registre

Databehandleren forvalter følgende personopplysninger på vegne av behandlingsansvarlig i forbindelse med levering og administrasjon av (Ambulansepersonnellets opplevelser av «psykiatrioppdrag» – en kvalitativ studie):

- Lydfiler fra forskningsintervjuer
- Kontaktinformasjon (navn, epost, telefonnummer) til studie-deltakere
- Kryssliste
- Aidentifiserte transkripsjoner av intervjuene

Personopplysningene gjelder følgende registre:

- Ansatte i ambulansetjenesten i Norge

5. De registrertes rettigheter

Databehandler plikter å bistå behandlingsansvarlig ved ivaretagelse av den registrertes rettigheter i henhold til gjeldende norsk personopplysningslovgivning.

Den registrertes rettigheter inkluderer retten til informasjon om hvordan hans eller hennes personopplysninger behandles, retten til å kreve innsyn i egne personopplysninger, retten til å kreve retting eller sletting av egne personopplysninger og retten til å kreve at behandlingen av egne personopplysninger begrenses.

Databehandler er erstatningsansvarlig overfor de registrerte dersom feil eller forsømmelser hos databehandler påfører de registrerte økonomiske eller ikke-økonomiske tap som følge av at deres rettigheter eller personvern er krenket.

6. Tilfredsstillende informasjonssikkerhet og dokumentasjon

Databehandler skal iverksette tilfredsstillende tekniske, fysiske og organisatoriske sikringstiltak for å beskytte personopplysninger som omfattes av denne avtalen mot uautorisert eller ulovlig tilgang, endring, sletting, skade, tap eller utligjengelighet.

Databehandler plikter på forespørsel fra behandlingsansvarlig å gi tilgang til dokumentasjon, herunder sikkerhetsdokumentasjon, som er nødvendig for at behandlingsansvarlig kan etterleve sine forpliktelser etter GDPR.

Databehandler plikter på forespørsel fra behandlingsansvarlig å gi tilgang til all øvrig informasjon som er nødvendig for å påvise at forpliktelsene fastsatt i denne avtalen er oppfylt.

Viser til UIS sine nettsider

(https://uit.no/forskningsrutiner/helsefak/rutine?p_document_id=666653) hvor det beskrives følgende rutiner for datalagring for masterstudenter:

«Bruk av bærbar PC og eksterne lagringsmedium

Hvis bærbar PC eller andre eksterne lagringsmedium (f.eks. minnepinne) benyttes skal dataene lagres kryptert, eller i aidentifisert/pseudonymisert form slik at ingen andre har adgang til dataene. Koblingsnøkkelen skal lagres adskilt. Ved bruk av bærbar PC eller eksterne lagringsmedium må brukeren være oppmerksom på risikoen for at disse blir stjålet, eller mistet, og ta forhåndsregler mot dette ved å sikre at det er tatt back-up på et sikkert sted.

Bruk av privat utstyr

Privat utstyr skal ikke brukes til lagring av forskningsdata som inneholder personopplysninger. Dette gjelder også for personopplysninger som er samlet inn av studenter til bruk i eksamensoppgaver eller tilsvarende.

Studentoppgaver

Når studenter skriver masteroppgave vil det i noen tilfeller være behov for at studenten benytter privat PC i arbeidet med masteroppgaven. Forskningsdata som ikke er anonyme skal ikke lagres på privat pc, men må lagres på en kryptert minnepinne eid av UIT. Prosjektleder skal sørge for at den krypterte minnepinnen leveres inn til UIT sammen med studentens masteroppgave. Prosjektleder har ansvar for at data som er lagret på minnepinnen oppbevares, slettes eller aidentifiseres i samsvar med gjeldende krav.»

7. Taushetsplikt

Databehandler har taushetsplikt om dokumentasjon og personopplysninger som vedkommende får tilgang til i henhold til denne avtalen. Denne bestemmelsen gjelder også etter avtalens opphør. Taushetsplikten omfatter ansatte hos tredjeparter som behandler personopplysningene.

8. Varslingsplikt ved sikkerhetsbrudd

Databehandler skal uten ubegrunnet opphold varsle behandlingsansvarlig dersom personopplysninger som forvaltes på vegne av behandlingsansvarlig utsettes for sikkerhetsbrudd som innebærer risiko for krenkelser av de registrertes personvern.

Varslet til behandlingsansvarlig skal som minimum inneholde informasjon som beskriver sikkerhetsbruddet, hvilke registrerte som er berørt av sikkerhetsbruddet, hvilke personopplysninger som er berørt av sikkerhetsbruddet, hvilke strakstiltak som er iverksatt for å håndtere sikkerhetsbruddet og hvilke forebyggende tiltak som eventuelt er etablert for å unngå liknende hendelser i fremtiden.

Behandlingsansvarlig er ansvarlig for at varsler om sikkerhetsbrudd fra databehandler blir videreformidlet til Datatilsynet.

9. Underleverandører

IKKE RELEVANT

Databehandler plikter å inngå egne avtaler med underleverandører til (Ambulansepersonellets opplevelser av «psykiatrioppdrag» – en kvalitativ studie) som regulerer underleverandørenes forvaltning av personopplysninger i forbindelse med levering og administrasjon av/annen type behandling (Ambulansepersonellets opplevelser av «psykiatrioppdrag» – en kvalitativ studie).

I avtaler mellom databehandler og underleverandører skal underleverandørerne pålegges å ivareta alle plikter som databehandleren selv er underlagt i henhold til denne avtalen. Databehandler plikter å forelegge avtalene for behandlingsansvarlig etter forespørsel.

Databehandler skal kontrollere at underleverandører til (Ambulansepersonellets opplevelser av «psykiatrioppdrag» – en kvalitativ studie) overholder sine avtalemessige plikter, spesielt at informasjonssikkerheten er tilfredsstillende og at ansatte hos underleverandører er kjent med sine forpliktelser og oppfyller disse.

Behandlingsansvarlig godkjenner at databehandler engasjerer følgende underleverandører i forbindelse med levering og administrasjon av/annen type behandling (Ambulansepersonellets opplevelser av «psykiatrioppdrag» – en kvalitativ studie):

..... (navn på underleverandører).

Databehandler kan ikke engasjere andre underleverandører enn de som er nevnt ovenfor uten at dette på forhånd er godkjent av behandlingsansvarlig.

Databehandler er erstatningsansvarlig overfor behandlingsansvarlig for økonomiske tap som påføres behandlingsansvarlig og som skyldes ulovlig eller urettmessig behandling av personopplysninger eller mangelfull informasjonssikkerhet hos underleverandører til (Ambulansepersonellets opplevelser av «psykiatrioppdrag» – en kvalitativ studie).

10. Overføring til land utenfor EU/EØS

IKKE RELEVANT. Ingen data vil bli overført til EU/EØS

11. Sikkerhetsrevisjoner og konsekvensutredninger

Databehandler skal jevnlig gjennomføre sikkerhetsrevisjoner av eget arbeid med sikring av personopplysninger mot uautorisert eller ulovlig tilgang, endring, sletting, skade, tap eller utliggjengelighet.

Behandlingsansvarlig skal gi tilgang til revisjonsrapporter på forespørsel.

Databehandler plikter på forespørsel fra behandlingsansvarlig å bistå behandlingsansvarlig dersom bruk av/behandling i (Ambulansepersonellets opplevelser av «psykiatrioppdrag» – en kvalitativ studie) medfører at behandlingsansvarlig har plikt til å utrede personvernkonsekvenser før (Ambulansepersonellets opplevelser av «psykiatrioppdrag» – en kvalitativ studie) tas i bruk/settes i gang, jf. GDPR Artikkel 35 og 36.

12. Tilbakelevering og sletting

Ved opphør av denne avtalen plikter databehandler å slette og tilbakelevere alle personopplysninger som forvaltes på vegne av behandlingsansvarlig i forbindelse med levering og administrasjon av/behandling i (navn på tjeneste/prosjekt). Behandlingsansvarlig bestemmer hvordan tilbakelevering av personopplysningene skal skje, herunder hvilket format som skal benyttes.

Databehandler skal slette personopplysninger fra alle lagringsmedier som inneholder personopplysninger som databehandler forvalter på vegne av behandlingsansvarlig. Sletting skal skje ved at databehandler skriver over personopplysninger innen 7 dager etter avtalens opphør. Dette gjelder også for sikkerhetskopier av personopplysningene.

Databehandler skal dokumentere at sletting av personopplysninger er foretatt i henhold til denne avtalen. Dokumentasjonen skal gjøres tilgjengelig for behandlingsansvarlig.

Databehandler dekker alle kostnader i forbindelse med tilbakelevering og sletting av de personopplysninger som omfattes av denne avtalen.

13. Mislighold

Ved mislighold av vilkårene i denne avtalen som skyldes feil eller forsømmelser fra databehandlers side, kan behandlingsansvarlig si opp avtalen med øyeblikkelig virkning. Databehandler vil fortsatt være pliktig til å slette personopplysninger som forvaltes på vegne av behandlingsansvarlig i henhold til bestemmelsene i punkt 12 ovenfor.

Behandlingsansvarlig kan kreve erstatning for økonomiske tap som feil eller forsømmelser fra databehandlers side, inkludert mislighold av vilkårene i denne avtalen, har påført behandlingsansvarlig, jf. også punkt 5 og 9 ovenfor.

14. Avtalens varighet

Denne avtalen gjelder så lenge databehandler forvalter personopplysninger på vegne av behandlingsansvarlig.

Avtalen kan sies opp av begge parter med en gjensidig frist på 3 mnd.

15. Kontaktpersoner

Kontaktperson hos databehandler for spørsmål knyttet til denne avtalen er: Katrine Maritvold (studieansvarlig) (katrine.maritvold@uis.no) og Kjetil Rist (student) (k-rist@online.no)
Personvernombudet ved Universitetet i Stavanger ved (personvernombud@uis.no)

Kontaktperson hos behandlingsansvarlig for spørsmål knyttet til denne avtalen er: Kristin Håikiö (hovedveileder og prosjektansvarlig) (haikio@oslomet.no)

16. Lovvalg og verneing

Eventuelle tvister som springer ut av denne avtalen skal først søkes løst gjennom forhandlinger.

Avtalen er underlagt norsk rett og partene vedtar Oslo tingrett som rett verneing. Dette gjelder også etter opphør av avtalen.

Denne avtale er i 2 – to eksemplarer, hvorav partene har hvert sitt.

Sted og dato: 07.12.2021

Mansb Kirkedal

.....
(behandlingsansvarlig)

Arne Engelsen, HV

.....
(databehandler)

Retningslinjer for håndtering av forskningsdata ved Universitetet i Stavanger 2020

1. Overordnet prinsipp

UiS slutter seg til Forskningsrådets¹ og EUs² prinsipper for forvaltning av forskningsdata: «Åpen som standard» og «As open as possible, as closed as necessary». Alle forskningsdata skal gjøres åpent tilgjengelige, med mindre det finnes hensyn som krever begrensning av tilgangen. I slike tilfeller skal dette redegjøres for i forskningsprosjektets databehandlingsplan.

Videre forutsetter UiS at forskningsdata behandles på en måte som samsvarer med prinsippet om FAIR³. Forskningsdata skal med andre ord være tilgjengelige, gjenfinnbare og gjenbrukbare.

Retningslinjene gjelder fra 20. april 2020, og har ikke tilbakevirkende kraft.

2. Omfang og definisjon

Retningslinjene gjelder for all forskning utført av ansatte ved UiS, så lenge forskningen blir gjort innenfor lønnet arbeidstid og/eller er helt eller delvis finansiert av UiS. Retningslinjene gjelder også for annen forskning som er helt eller delvis finansiert av UiS.

Med forskningsdata menes alle registreringer, nedtegnelser og rapporteringer som genereres underveis i forskningsprosessen, og som anses å ha vitenskapelig interesse. Forskningsdata kan være i en rekke ulike former: Tekst, tall, statistisk materiale, kildekode, bilde, film, lyd osv.

3. Eierskap til forskningsdata

UiS har som hovedregel eierskap til alle forskningsdata generert gjennom forskning utført av ansatte ved UiS. Dette gjelder både fast vitenskapelig ansatte ved UiS, midlertidig vitenskapelig ansatte og stipendiater. Normalt har UiS ikke eierskap til studenters forskningsdata, så lenge dette ikke er avtalt.

I utgangspunktet har UiS også eierskap til forskningsdata fra alle prosjekter helt eller delvis finansiert av UiS, men i tilfeller der flere finansierende institusjoner er involvert kan det avtales hvem som har ansvaret for å lagre og gjøre tilgjengelig data og resultater fra forskningen. Dersom forskningen utføres for kommersielle aktører skal UiS beholde rettighetene til å gjøre data åpent tilgjengelig, så lenge det ikke er sterke hensyn som tilsier at dette ikke er hensiktsmessig.

4. Dekning av kostnader

Kostnader knyttet til arkivering av forskningsdata skal normalt dekkes av forskningsprosjektet, og bør inngå som en del av søknaden om finansiering. Dersom finansiør ikke dekker dette, eller dersom forskningen ikke er en del av et prosjekt, bør UiS dekke kostnadene.

5. Arkivering og tilgjengeliggjøring av data

Forskningsdata skal arkiveres med sikte på å være gjenbrukbare for et bredt publikum, og tilgjengelige i lang tid. Dataene må derfor lagres i formater som legger til rette for dette. DataverseNo har lagt ut [en liste over hvilke formater som bør brukes og hvilke som bør unngås](#).

Det finnes mange arkiveringstjenester internasjonalt. UiS har valgt DataverseNo som primær arkivtjeneste, sammen med en rekke andre norske utdanningsinstitusjoner. Universitetsbiblioteket (UBIS) vil administrere og tilby brukerstøtte knyttet til DataverseNo.

Det vil være mulig å arkivere forskningsdata i et annet åpent arkiv, eller direkte hos tidsskriftet, men

¹Norges forskningsråd 2017

²European Commission 2019?a

³European Commission 2019?b; FAIR er en forkortelse for Findable, Accessible, Interoperable og Reusable.

UBIS skal orienteres om dette. Det forutsettes at det valgte arkivet eller tidsskriftet oppfyller gjeldende krav til datasikkerhet på UiS og FAIR-prinsippene. Det er ikke tilstrekkelig at data arkiveres som vedlegg eller tilleggs materiale til en artikkel, da vil dataene ikke være et eget objekt og vil ikke få DOI.

Forskningsdata bør gjøres tilgjengelig på et tidlig tidspunkt. Data som ligger til grunn for vitenskapelige publikasjoner gjøres tilgjengelig så tidlig som mulig, og aldri senere enn ved publiseringstidspunkt. Andre data som kan være av forskningsmessig interesse bør gjøres tilgjengelig innen rimelig tid, og aldri senere enn tre år etter endt prosjekt.

Forskningsdata skal i utgangspunktet lagres i all overskuelig framtid, så lenge ikke spesielle hensyn tilsier noe annet. Hvis slike hensyn eksisterer må UBIS informeres om dette, slik at man kommer fram til en avtale for hvor lenge data skal lagres.

Forskningsdata skal lagres på en måte som gjør dem enkle å gjenfinne og identifisere. De må derfor utstyres med tilstrekkelige metadata, dvs. data som beskriver innholdet i datasettet.

Alle data skal utstyres med en brukerlisens. Med utgangspunkt i «Åpen som standard» bør denne lisensen legge så få begrensninger som mulig på tilgang og gjenbruk. CC-0 ⁴ er derfor anbefalt, dersom ikke spesielle forhold tilsier at en noe strengere lisensiering er hensiktsmessig. Opphavspersoner bak benyttede datasett bør krediteres, så sant det er praktisk mulig.

6. Unntak fra offentlighetsplikten

I enkelte tilfeller gjelder ikke plikten til å offentliggjøre forskningsdata. Eksempler på dette kan være:

- Juridiske grunner, f. eks. personsensitive data. Man skal i slike tilfeller vurdere om data skal være unntatt offentlighet for alltid eller for en viss tidsperiode (f.eks. fem eller ti år), og om data faktisk kan offentliggjøres dersom de blir tilstrekkelig anonymisert.
- Sikkerhetsmessige grunner, f. eks. nasjonal sikkerhet. I slike tilfeller skal data ikke gjøres åpne så lenge trusselen anses som tilstedeværende.
- Kommersielle forhold: Data som antas å ha økonomisk verdi kan unntas fra offentlighetsplikten. Dataene kan gjøres offentlige etter en gitt avtalt periode med de involverte partner.

Det understrekes at data kan ha økonomisk verdi uten at det tilsier unntak fra offentliggjøring.

7. Forskers ansvar

Forskeren eller prosjektlederen skal håndtere forskningsdata i henhold til de prinsipper og krav som er angitt ovenfor.

- Det forventes at alle forskningsprosjekter som finansieres med offentlig midler skal ha en datahåndteringsplan. Planen skal gjøre rede for hvordan den enkelte forsker eller forskningsgruppe planlegger å gå fram for å oppfylle kravene til datalagring og tilgjengeliggjøring av forskningsdata.

⁴ Informasjon om CC-0: <https://creativecommons.org/share-your-work/public-domain/cc0>

8. UiS sitt ansvar

- UiS har ansvaret for å tilby en sikker og brukervennlig løsning for lagring og tilgjengeliggjøring av forskningsdata.
- UiS skal tilby opplæring og brukerstøtte for denne løsningen.
- UiS skal ha lett tilgjengelig informasjon om retningslinjer og tekniske løsninger for lagring av forskningsdata, og plikter å sørge for at denne informasjonen til enhver tid er oppdatert.
- Dersom håndtering av forskningsdata ikke blir eksternt finansiert skal UiS i størst mulig grad sørge for at den enkelte forsker eller forskergruppe får dekket kostnader i forbindelse med utarbeidelse av datahåndteringsplan og arkivering av forskningsdata.
- Universitetsbiblioteket (UBIS) er den primære kontakt og tilbyder av tjenester.

Referanser

European Commission (2019?a). H2020 Online Manual: Cross-cutting issues: Open Access & Data management. Tilgjengelig på https://ec.europa.eu/research/participants/docs/h2020-funding-guide/cross-cutting-issues/open-access-dissemination_en.htm

European Commission (2019?b). H2020 Online Manual: Cross-cutting issues: Open Access & Data management. Tilgjengelig på https://ec.europa.eu/research/participants/docs/h2020-funding-guide/cross-cutting-issues/open-access-data-management/data-management_en.htm

Norges forskningsråd (2017). Tilgjengeliggjøring av forskningsdata: Revidert 2017: Policy for Norges forskningsråd. Tilgjengelig på <https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/publikasjoner/2017/tilgjengeliggjoring-av-forskningsdata-revidert-2017/>

9. Retningslinjer for personvern i Nettskjema UiO

Retningslinjer for personvern i Nettskjema ved UiO

Hvis du skal samle inn opplysninger med Nettskjema, må du sørge for at personvern hensyn blir ivaretatt. Denne veiledningen tar spesielt for seg bruk av elektroniske skjemaer og datainnsamling på nett.

Merk: Alle student- og forskningsprosjekter på UiO som behandler personopplysninger må registreres og søkes om hos REK og NSD.

[Les mer om å melde inn prosjekter på NSDs nettside.](#)

Alle som samler inn opplysninger med Nettskjema må følge [personopplysningsloven](#) og egen arbeidsgivers retningslinjer. Under finner du UiOs retningslinjer for innsamling av personopplysninger til forskning.

Innholdsfortegnelse

[Elektronisk innsamling av personopplysninger til forskning ved UiO](#)

[Elektronisk innsamling av opplysninger til administrative formål ved UiO](#)

[Bruk av fødselsnummer \(personnummer\) i elektroniske skjema og e-post](#)

[Relatert innhold](#)

Elektronisk innsamling av personopplysninger til forskning ved UiO

All behandling av personopplysninger som en del av forskning ved UiO, skal være i tråd med bestemmelsene i bla. [personopplysningsloven](#) med forskrift og helseforskningsloven.

Ved UiO leverer [Norsk senter for forskningsdata \(NSD\)](#) personverntjenester til forskningsprosjekter. NSD fungerer som et serviceorgan og yter tjenester til forskere og studenter i forbindelse med behandling av personopplysninger i henhold til regelverket. Dette innebærer blant annet å:

vurdere forsker- og studentprosjekt i forhold til bestemmelsene i bl.a.

personopplysningsloven og helseregisterloven med tilhørende forskrifter.

gi informasjon og veiledning til institusjonene og til den enkelte forsker og student om forskning og personvern

bistå forskningsdeltakerne med å ivareta sine rettigheter.

føre en systematisk og offentlig oversikt over alle behandlinger av

personopplysninger i forskningsprosjekter. (kilde [nsd.uib.no](#))

Elektronisk innsamling av opplysninger til administrative formål ved UiO

All behandling av personopplysninger for administrative formål ved UiO skal være i tråd med bestemmelsene i [personopplysningsloven](#). Administrative behandlinger av personopplysninger skal meldes til [Personvernombudet ved UiO](#).

[Les mer på UiOs sider om personvern.](#)

Bruk av fødselsnummer (personnummer) i elektroniske skjema og e-post

I følge datatilsynet regnes ikke fødselsnummer som en sensitiv opplysning alene, og er derfor ikke taushetsbelagt. Men "nummeret kan likevel bare brukes når det er

saklig behov for det og sikker identifisering ikke kan oppnås på annen måte» (kilde: datatilsynet.no). Videre påpeker Datatilsynet at det i de fleste tilfeller er det tilstrekkelig å bruke navn, adresse og fødselsdato for å sikre riktig identifisering av en person. På UiO kan man for eksempel bruke ansattnummer/studentnummer, fødselsdato og adresse for å identifisere den enkelte i stedet for fødselsnummer.

Når det er behov for å registrere fødselsnummer via Nettskjema er det spesielt viktig at dette krypteres eller sikres slik at det ikke blir tilgjengelig for andre enn den tillatte mottaker. Hovedregelen er at fødselsnummer skal krypteres når det registreres. Det kan da sendes over usikrede datanettverk som internett og e-post.

Nettskjema diktafon-app

Med diktafon-appen kan du foreta lydopptak på smarttelefon og opptakene blir sendt til Nettskjema. Diktafon-appen kan også brukes sammen med [Tjenester for Sensitive Data \(TSD\)](#).

Mobilappen Nettskjema-diktafon brukes til lydopptak og alle som har tilgang til lage Nettskjema kan ta appen i bruk. Opptaket blir umiddelbart kryptert på telefonen og du kan aldri lytte til opptak i mobilappen. Nettskjema-diktafon fungerer offline og kan legge lydopptak i kø for levering.

Hvis skjema **ikke er aktivert for TSD** kan lydopptak høres inne i Nettskjema.

Hvis skjema **er aktivert for TSD** kan lydopptakene **kun** høres inne i TSD.

Appen heter Nettskjema-diktafon og lastes ned fra [Google Play](#) og [App Store](#).

[Se hvordan du tar opp personsensitive data med Nettskjema-diktafon.](#)

Viktig; skjermen må stå på på telefonen når Nettskjema-diktafon brukes. Aktiver gjerne flymodus under opptaket.

Er det ikke nett der du gjør opptaket, mellomlagres lydfilen kryptert på telefonen og sendes til Nettskjema når nett blir tilgjengelig (Wifi eller 4G/5G).