

FORSKNINGSRAPPORT NR. 16/2015

SYKEPLEIE I KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

—
EN STUDIE OM SYKEPLEIERES ROLLE,
FUNKSJON OG FAGLIGHET I KOMMUNALT
PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID

Bengt Karlsson og Suzie Hesook Kim

SYKEPLEIE I KOMMUNALT PSYKISK HELSE- OG RUSARBEID – EN STUDIE OM
SYKEPLEIERES ROLLE, FUNKSJON OG FAGLIGHET I KOMMUNALT PSYKISK
HELSE- OG RUSARBEID

ISBN: 978-82-8290-015-7

Layout omslag: Maria Prøis Rønneberg

© SFPR – Senter psykisk helse og rus, fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Senter for psykisk helse og rus
Fakultet for helsevitenskap
Høgskolen i Buskerud og Vestfold
Postboks 7053
3007 Drammen
E-post: postmottak@hbv.no
Hjemmeside: <http://www.hbv.no/sfpr>

SFPRs publikasjoner kan fritt siteres ved tydelig angivelse av kilde.
Publikasjoner fra SFPR som omtales, anmeldes eller henvises til, bes sendt til Senteret.

Forord

Dette forskningsprosjektet har vært et samarbeid mellom Norsk Sykepleierforbund og Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus (SFPR). Studien er finansiert av Norsk Sykepleierforbund.

Vi vil gjerne rette en stor takk til deltakerne i dette forskningsprosjektet, sykepleiere som til daglig arbeider i psykisk helse- og rusarbeid. De har delt sine opplevelser, erfaringer, tanker og meninger på en generøs måte både kvantitativt og kvalitativt. Uten dem hadde det ikke blitt noen forskningsstudie.

Vi vil spesielt få takke Norsk Sykepleierforbund, Fag- og helsepolitisk avdeling ved fagsjef Kari Elisabeth Bugge, spesialrådgiver Svein Roald Schømer-Olsen og seniorrådgiver Jo Cranner, styret i NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (SPoR) samt professor Jan Kåre Hummelvoll og høgskolelektor Arne Johansen.

Drammen 4. mai 2015.

Bengt Karlsson

Suzie Hesook Kim

**Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for helsevitenskap,
Høgskolen i Buskerud og Vestfold.**

Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV) arbeider for å utvikle et solid forskningsmiljø i samarbeid med personer med brukererfaring, pårøndererfaring, klinisk erfaring, forskere og beslutningstakere. Senteret ønsker å bidra til styrking og utvikling av den nasjonale og internasjonale kunnskapen innen psykisk helse og rus med særlig vekt på fem områder; (1) Personers erfaringer med psykiske helseproblemer og hva som hjelper, (2) Person- og kontekstsentrerte tilnærminger, (3) Familie- og nettverksperspektiver, (4) Helsetjenesteorganisering, utøvelse og effektivitet og (5) Aksjonsrettet forskning, særlig brukerinvolvert forskning og handlingsorientert forskningssamarbeid i kliniske praksiser.

I tillegg driver senteret en rådgivende og konsultativ funksjon overfor kommuner, brukerorganisasjoner, helseforetak og myndigheter. Bidrar til utvikling og gjennomføring av utdanning og kompetanseutvikling. Er en hospiteringsarena for gjesteforskere og samarbeidspartnere, samt bidrar til å styrke forskerkompetansen ved Fakultet for helsevitenskap, HBV. Forskningen ved senteret vektlegger kontekst i forståelsen av psykisk helse og psykiske helseproblemer, og for utøvelsen av psykisk helsearbeid. Lokalmiljøet er konteksten for hvor psykisk helsearbeid skal utvikles. Sentrale områder er arbeid, bolig, skole, fritid, lokalmiljø og de sosiale og materielle livsbetingelsene. Folkehelseperspektivet med vekt på å fremme helse og sosialt liv på individ-, gruppe og samfunnsnivå, gjennom velvære og velferd, har også grunnleggende betydning for personers psykiske helse og i psykisk helsearbeid. Forskningen ved Senter for psykisk helse og rus skal også synliggjøre at de sammenhenger og situasjoner der folk lever og bor kan bidra til å lindre eller å forsterke psykiske helseproblemer, så vel som at det sosiale og kulturelle mangfoldet kan støtte psykisk helse og bedring. Senteret legger stor vekt på tverrfaglighet og brukerinvolvering i prosjektutvikling og gjennomføring. Senteret har kompetanse innen kvalitative, kvantitative og triangulerende og blandede metodologier.

Prosjektnummer	69011– Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.
Virksomhetsnavn	Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Postboks 7053, 3007 Drammen.
Besøksadresse	Papirbredden - Drammen kunnskapspark Grønland 58, 3045 Drammen.
Telefon	31 00 80 00
E-post og kontaktperson	Professor Stian Biong, leder av SFPR: stian.biong@hbv.no – tlf. 95 21 54 98.
Hjemmeside	http://www.hbv.no/sfpr

Innholdsfortegnelse:

Sammendrag	s. 6
Kapittel 1. Innledning	s. 13
1. 1. Studiens bakgrunn, hensikt og forskningsspørsmål.....	s. 13
1.2. Rapportens organisering.....	s. 14
Kapittel 2. Helsepolitiske utviklingstrekk innen feltet psykisk helse og rus	s. 15
2.1. Et historisk blikk.....	s. 15
2.2. Et nåtidig blikk.....	s. 17
2.3. Organisering av psykisk helse- og rustjenestene.....	s. 30
Kapittel 3. Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte studien	s. 34
3.1. Organisering av studien.....	s. 34
3.2. Gjennomføring av studien	s. 34
3.3. Metoder for dataskaping.....	s. 34
3.4. Kvantitativ delstudie.....	s. 35
3.5. Kvalitativ delstudie.....	s. 37
3.6. Metoder for dataanalyse.....	s. 39
3.7. Forskningsetiske refleksjoner.....	s. 41
Kapittel 4. Presentasjon av funn	s. 42
4.1. Kvantitative funn.....	s. 42
4.2. Kvalitative funn.....	s. 72
Kapittel 5. Diskusjon	s. 82
Kapittel 6. Konklusjoner	s. 88
Referanseliste	s. 92
Vedlegg	s. 96

Sammendrag: Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid - En studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Dette sammendraget er en del av rapporten «Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rus arbeid» som har en total lengde på 114 sider. På denne bakgrunn fremstilles det i det følgende et forkortet sammendrag som løfter frem og tydeliggjør de mest sentrale funnene i forskningsstudien, bakgrunn, metode og konklusjoner.

Bakgrunn

I «Politisk plattform for psykisk helse og rus» (NSF, 2013) tydeliggjøres Norsk Sykepleierforbunds forståelse og mål for psykisk helse og rus. Sykepleiere har lang arbeidserfaring innen fagfeltene psykisk helse og rus. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er i utvikling og sykepleiere har tradisjonelt vært pådrivere for utvikling av sykepleie og helsetjenester til mennesker med psykisk helsesvikt, både gjennom forskning, utvikling og utdanning. Hensikten med studien er å synliggjøre sykepleiernes rolle og funksjon i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid med tanke på sykepleiefaglig tjenesteutvikling, og hvilke bidrag sykepleiere gir i et tverrfaglig arbeidsfelt.

Metode

Denne forskningsbaserte studien er av utforskende og beskrivende karakter med bruk av både kvalitative og kvantitative metoder i form av fokusgruppeintervjuer og spørreskjema. Datainnsamlingen fant sted mellom 8. september og 4. desember 2014. Fokusgruppeintervjuene er gjort i 12 kommuner med ulik innbyggerstørrelse med 56 sykepleiere (N) som arbeider med psykisk helse og rus i ulike kommunale tjenestetilbud. Den kvantitative delen er gjort etter invitasjon til medlemmer av NSF som arbeider i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, i alt 1240 respondenter (N). Det er gjort en kvalitativ innholdsanalyse og en statistisk analyse ved bruk av SPSS og presenteres i form av gjennomsnittsberegninger og standardavvik.

Funn

De samlede funn er fremstilt gjennom en kvantitativ og kvalitativ del. I den kvalitative delen er det tre hovedtemaer: 1. Sykepleiernes funksjoner og handlinger, 2. Faglige forståelser og holdninger og 3. System- organisasjonsbetingelser med i alt 16 undertemaer. De kvantitative funnene fremstilles i ulike tabeller under hovedoverskriftene: A: Generell informasjon, B: Karakteristika ved nåværende arbeidssted, C: Karakteristika ved nåværende stilling, D:

Karakteristika ved brukere av nåværende tjenestested, E: Gradering av ulike kliniske arbeidsmåter, F: Person- og recoveryorientert sykepleiepraksis og G: Samarbeidende sykepleiepraksis. I den følgende presentasjon av funn har en valgt å sammenholde de mest sentrale funnene fra den kvantitative delstudien sammen med funn fra den kvantitative delstudien. Det vil bli gjort i form av fem hovedtemaer: 1. Beskrivelser av utvalget, 2. Beskrivelser av pasientgrunnet, 3. Sykepleiefaglige arbeidsmåter, 4. Sykepleieren som fagperson og 5. Samarbeidspartnere og organisering.

1. Beskrivelser av utvalget

Utvalget av sykepleiere i begge delstudier viser at gruppene består hovedsakelig av kvinner - en av ti er menn. Over 2/3 har en eller annen form for videreutdanning, halvparten har en videreutdanningen i psykisk helse og rus, et lite antall har en mastergrad og nesten en av tre arbeider deltid. Alderssammensetningen er relativt jevnt fordelt i aldersgruppene fra 25 til 65 år med et litt større antall mellom 35 og 50 år. Hele 85% av sykepleierne hadde mer enn 5 års erfaring fra generell sykepleie og slik høy grad av erfaring fra grunnleggende klinisk sykepleie.

2. Beskrivelser av pasientgrunnet

Hovedtyngden av pasienter i studien er i aldersgruppen mellom 31 og 50 år. Personer over 65 år utgjør ca. 20% og gruppen, unge voksne mellom 18 og 25 år utgjør ca.13%. Det er ca.70% av brukerne som har en diagnostisert psykisk lidelse som den største helseutfordringen, 32% pasientene sliter med rusvansker alene og 44% beskrives som å et samtidig psykisk helse- og rusproblem. Pasientgruppen som har et samtidig psykisk helse- og rusproblem beskrives som den største helseutfordringen for sykepleierne.

3. Sykepleiefaglige arbeidsmåter

Sykepleierne i studien arbeider i all hovedsak (81.6%) i kliniske stillinger enten som off. godkjente sykepleiere, psykiatriske sykepleiere/psykisk helsearbeidere eller helsesøstre (8,3 %). De arbeidet i ulike og varierte kommunale tjenester fra generelle helsetjenester som hjemmesykepleie, skolehelsetjenester og forbyggende helsearbeid til arbeid i hjemmebaserte psykisk helse- og rustjenester og arbeid i bolig for personer med rus- og psykisk helsevansker. Nærmere 60% arbeider i kommunale tjenester som tilbyr psykisk helse- og/eller rustjenester enten hjemmebasert eller i andre kontekster. 70 % av tjenestene blir gitt i hjemmet eller i kombinasjon med andre kontekster (nær 3 av 4). Tilbudene gis hovedsakelig på dagtid enten fem eller seks dager i uken. Det er få sykepleiere som arbeider i 24/7 tjenester (11%). Sykepleierne i studien arbeider for det meste klinisk hvor individuelt arbeid med vekt på støttesamtaler er det sentrale. De tre viktigste arbeidsmåtene er direkte klinisk arbeid, møter

med andre fagpersoner om og med bruker samt dokumentasjon av klinisk arbeid. Særlig i psykisk helse- og rustjenester er direkte klinisk arbeid den viktigste arbeidsmåten (90.4%). Skolehelsetjenestene er oftere engasjert i konsultasjon og veiledning samt undervisning, og generelle helsetjenester er oftere engasjert i administrativt arbeid. Alle som har ulike videreutdanninger utfører direkte klinisk arbeid med pasienter. Gjennomgående har sykepleierne kontakt med brukere 1-3 ganger pr. uke. Felles, og uavhengig av tjenesteområder, arbeider alle med både psykisk helse og rus i en eller annen form. Det være seg i hjemmesykepleien eller i lavterskeltilbud som er åpent 24/7. Når en ser på de terapeutiske arbeidsmåtene til sykepleierne er den viktigste og mest brukte støttesamtaler, deretter motivasjonsarbeid, relasjonsbygging og veiledning og konsultasjon. Ser en samlet på datamaterialet knyttet sykepleiefaglige arbeidsmåter ligger begrepet om hverdagsmestring meget nært. Fokuset er på hverdagslivet, livsmestring og livskvalitet. Gjennom kliniske og terapeutiske arbeidsmåter arbeider sykepleiere med å bidra til at brukeren kan mestre hverdagen og derigjennom stimulere til generell bedring og økt grad av opplevd velvære.

4. Sykepleieren som fagperson

Funnene knyttet til sykepleiernes forståelse og erfaring med egen sykepleiefaglighet viser at de fungerer meget godt i forhold til å ta imot og møte brukere. Et eksempel er den økende gruppen av personer mellom 50 og 70 år som har levd lenge med store utfordringer knyttet til rus og psykisk helse og som nå har fått et sted å bo sin hjemkommune. Denne gruppen kan ofte ha sammensatte psykisk helse- og ruslidelser og samtidig ha store fysiske helseutfordringer som gjør sykepleiernes kompetanse påkrevd og verdsatt. Samtidig viser funnene at sykepleierne har et forbedringspotensial hva angår å involvere sterkere pasienter i deres egne ønsker og behov av hjelp, og i særdeleshet å ta i bruk systematisk evaluering av mål for behandlingen og at disse nås.

Funnene viser videre at sykepleierne, som en følge av sine arbeidsmåter med vekt på hverdagsmestring, også vektlegger en recoveryorientert sykepleiefaglighet. De søker å vise vennlighet og imøtekommenhet i møter bruker, lytte til, støtte og respektere dennes valg, mål og ambisjoner. Samtidig var flertallet av sykepleierne tilbakeholdende med å involvere og anbefale støtte og hjelp fra personer som selv hadde erfart psykisk helse- og/eller rusvansker. Funnene viser at respondentene opplever at den sykepleiefaglige forståelsen er utviklet i de første utdanningsårene. Den faglige forståelsen tar utgangspunkt i grunnutdannelsens kunnskaper og holdninger. Det ene er det helhetlige perspektivet ved mennesket som omtales som spesifikt ved sykepleiefaget. Det innebærer å se mennesket som en helhet i betydningen av det fysiske, det psykiske, det sosiale og det eksistensielle. Den andre dimensjonen er det

sykepleiefaglige blikket og den somatiske kunnskapen. Den sykepleiefaglige tilnærmingen oppfylles først i møte med andre faggruppers perspektiv. Sykepleierne uttrykker at de erfarer å ha et avklart forhold til sitt mandat som fagpersoner, og at det å håndtere dette mandatet til beste for personene de samarbeidet med, i all hovedsak lar seg gjøre. Sykepleiere uttrykker at de har et avklart forhold til hva de kan og ikke. De opplever seg selv som handlingsorienterte, fleksible og pragmatisk orientert.

5. Samarbeidspartnere og organisering

Funnene fra kliniske og terapeutiske arbeidsmåter viser at sykepleierne arbeider faglig i team og at møter med andre fagpersoner er den nest viktigste arbeidsmåten. Den tredje viktigste arbeidsmåten er knyttet til dokumentasjon av klinisk arbeid. I den kvalitative delen av studien fremkommer en undring over hva dokumentasjon skal brukes til og for. Flere uttrykker at de føler seg konstant testet. Alt de gjør skal veies og måles. Sykepleierne forteller om mye tid som går til oversettelse og ta kontakt med ulike tjenester. De kan bruke mye tid på å administrere samarbeidet både med NAV og spesialisthelsetjenesten fordi målgruppen som sliter med både psykisk helse- og rusvansker, ofte faller mellom flere stoler og har hatt mange og ulike saksbehandlere. De samarbeider med brukerne hver dag. Man møtes hjemme, på kafe eller i en park. Dette krever andre og nye måter å møte og tilnærme seg brukere på, etisk, faglig og menneskelig. Sykepleierne ser på seg selv som limet og bindeleddet mellom de forskjellige tjenestene ved at de er tette på og kjenner brukeren best.

Konklusjoner

Studiens to forskningsspørsmål er:

1. Hva er sykepleieres rolle og funksjon i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid relatert til sykepleiefaglig tjenesteutvikling?
2. Hva er de spesifikke sykepleiefaglige bidragene i det tverrfaglige psykiske helse- og rusfeltet? Basert på disse forskningsspørsmålene kan det gjøres følgende konklusjoner:

Sykepleiernes rolle og funksjon i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Sykepleiere i kommunalt psykisk helse- og/eller rusarbeid har høy kompetanse i form av relevante videreutdanninger innen feltet, lang klinisk erfaring i arbeidet med målgruppene og i kommunale tjenester. De arbeider i all hovedsak med direkte klinisk arbeid forstått som støttesamtaler og ulike terapeutiske samarbeidsformer. De har hyppig, ukentlig kontakt med brukere. Hver enkelt sykepleier er faglig i kontakt med et høyt antall brukere og slik har en

stor gruppe av brukere i sin portefølje. I tillegg arbeider de med å samordne og koordinere ulike tjenestetilbud på vegne av brukere. De fleste arbeider i team med andre faggrupper og profesjoner. I relasjon til brukere er tilnærmingen individorientert. Sykepleierne arbeider sammen med andre helse- og sosialfaglige høyskoleutdannede samt helsefagsarbeider. Bare i få tilfeller finnes det psykolog eller lege. Dette innebærer at sykepleierne er den største fag- og yrkesgruppen, noe som betyr at det kreves at de må ta et faglig og organisatorisk lederskap. Sykepleierne er følgelig ofte faglige ledere som begrunner en tredje vesentlig arbeidsmåte i form av dokumentasjon. Primært av klinisk arbeid og av koordinerende karakter både i den respektive tjenesten og mellom tjenester for å fremme samarbeid og samhandling for brukeren. Sykepleierens rolle og funksjon har fokus på hverdagsmestring hvor de vektlegger å støtte og hjelpe brukere i deres hverdag mer enn å behandle deres psykiske vansker i en tradisjonell betydning. Perspektivet er forankret i hva brukeren trenger og hva som er viktigst for dennes mestrings- og bedringsprosesser.

Sykepleierne opplever sin egen rolle og funksjon som delvis flytende og i endring. Nye brukergrupper styrker sykepleierens kompetanse innenfor det somatiske og fysiske. Parallelt som de utfordres på de psykiske og terapeutiske områdene. Samtidig er sykepleierens kunnskaper og selvstendige bidrag i møter med brukere bestandige. De er handlingsorientert, fleksible og pragmatisk orienterte med basis i relasjonen og det relasjonelle samarbeidet. Det som kommer først – kommer først, enten det er oppvask, tur eller støttesamtaler. Sykepleierne arbeider der hvor det er mest tjenlig for brukeren om det er hjemmet, byen, kontoret eller i naturen. Sykepleierne forstår sitt mandat som relativt fritt og deres roller og funksjoner er delvis flytende og overlappende med andre fag- og yrkesgrupper.

Det spesifikke sykepleiefaglige bidraget i kommunalt psykiske helse- og rusarbeid.

Sykepleierne opplever en hurtig endringstakt på system- og organisasjonsnivå som gir endret økonomi, ideologi og arbeidsformer. Intensiteten i disse endringene har økt siden 1998 og fremover og mange opplever tidvis en tretthet og resignasjon over denne utviklingen. Det samme gjelder det økte presset på faglig tid, økonomi og systemeffektivitet i møtet med målgrupper som har omfattende og sammensatte ønsker og behov. Hovedtyngden av brukerne i denne studien har en diagnostisert psykisk lidelse og er hovedsakelig 31-50 år. Samtidig er en femtedel av brukerne over 65 år. Nesten halvparten sliter med rusvansker i tillegg. Flere tilskriver dette tjenesteutviklingen de siste 20 årene med vektlegging av at mennesker skal ha tilbud der hvor de lever og bor. Dette innebærer videre at tjenestemottakerne i større grad også har sammensatte behov og lidelser gjennom at flere personer som sliter med samtidige

utfordringer knyttet både til psykisk helse og rus har fått tilbud om bolig i sine hjemkommuner. Denne målgruppen gjør at sykepleiernes fysiske og somatiske kunnskaper blir viktige og svært nyttige i møtet med disse brukerne. Nye brukere henvises fra et mangfold av instanser. Sykepleierne arbeider mye med å ta imot og adressere personers vansker med psykisk helse og rus. Her står etiske verdier og fagkunnskap sentralt.

Sykepleiernes personorienterte tilnærmingen søkes integrert i arbeidet og viktige områder gjenstår. De fleste sykepleierne arbeider godt i et recoveryperspektiv. De kan utfordres på hvordan inndra personer med egenerfaring i det kliniske arbeidet både kunnskapsmessig og i ønsket om å utvikle mer samarbeidsorienterte praksiser. Sykepleierne involverer i mindre grad brukere i utforming og evaluering av egne planer og målsettinger for endringsarbeidet. Det faglige fokuset er på hverdagsliv, livsmestring og livskvalitet i møtet med systemverden, og det eksistensielle domenet forstått som at lidelsen er en del av livet selv. Sykepleiernes forståelser og holdninger kan på denne bakgrunn omtales som en helhetlig-eksistensiell hverdagslivstilnærming basert i en lokalbasert kontekst. Den helhetlig-eksistensiell hverdagslivstilnærming er utfordrende å artikulere og er basert i grunnutdanningens kunnskaper og holdningsdannelse. Dette er en særegen tilnærming for sykepleierne som oppfylles først i møte med andres perspektiv og uttrykkes gjennom det kliniske sykepleiefaglige blikket. De sykepleiefaglige praksisene i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid utfolder seg i møtet mellom systemverden og livs- og hverdagsverden.

De ulike faglige forståelser, perspektiver og holdninger sykepleierne legger til grunn i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid angir en tydelig *både-og tilnærming*. Sykepleierne har både en monofaglig identitet, samtidig som de uttrykker en klar tverrfaglig tilnærming. Deres kliniske blikk er spesielt, og det utfyller andre faggruppers i en helhet. De uttrykker en faglig stolthet som både avgrenser og inviterer, noe som gjør at de er fleksible og pragmatisk i sitt arbeid. Den kommunale konteksten gjennom møter med brukere på andre og nye arenaer enn tidligere, stiller krav til en ny profesjonalitet basert på det fellesmenneskelig, det mellommenneskelige og det som utgjør forskjeller i møtet og samarbeidet.

System- og organisasjonsbetingelser spiller avgjørende inn og med det arbeidet som sykepleierne gjør innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. De siste 20 års politiske føringer for feltet psykisk helse og rus bidrar til å endre rammene, innholdet og arbeidsmåtene. De faktiske endringene er ikke alltid i tråd med gode politiske intensjoner. Det gjelder særlig hvor byråkratiske og standardiserte prosedyrer for dokumentasjon, tidsbruk

og konsultasjoner har til hensikt å styre den kliniske virksomheten i en bestemt retning. Det å stå i store endringer og omlegginger av rammer, struktur og innhold, skaper en tretthet, og tidvis en resignasjon, med hensyn til ønsket om å skape bedre tjenester for brukerne. For noen kan det også skape motstand mot endringer som faktisk er til det bedre, rett og slett fordi man ikke har overskudd til mer endring. Samtidig tyder studien på at sykepleierne har evnet å integrere og ta i bruk en faglig tilnærming inspirert av recovery. Det samme gjelder deres ønsker om å inkludere samarbeidende praksiser som en verdi og som en del av sin kliniske virksomhet. Samtidig er sykepleierne mer skeptiske til å ansette personer med egen erfaring i tjenestetilbudene slik at de kan bruke sin kunnskap til å hjelpe og støtte andre som sliter med psykisk helse- og rusvansker.

Rapporten «Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon» (Ose & Kaspersen, 2015), viser at mange kommuner sliter med å lage gode tilbud til personer som sliter med doble helsevansker knyttet til psykisk helse og rus. Det er både manglende botilbud, få oppsøkende tjenester eller tilbud etter kontortid. Gruppen av personer som sliter med både psykisk helse- og rusutfordringer omtales i rapporten som fortsatt å falle mellom to og tidvis flere stoler. De kommunale tilbudene kan fremstå som mangelfulle og få av mange årsaker. Mange av tjenestemottakerne har så store vansker som følge av sitt rusbruk at kommunene ikke alene klarer å gi et helhetlig tilbud, spesialisttjenesten kan ofte være vanskelig å få i tale om samarbeid, brukerne kan være det samme og ressursene i kommune for få og begrensede. Rapporten konkluderer med at de kommunalt ansatte opplever at det er utfordrende og gi denne gruppen brukere et tilfredsstillende tilbud. Det er ikke nødvendigvis gruppen av brukere som problemet, mere at de kommunale tjenestene ikke er tilpasset gruppen og slik sett blir vanskelig å hjelpe. Funnene fra overnevnte rapport gir gjenklang i Veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014). Her fremholdes de sentrale organisatoriske, faglige og terapeutiske utfordringene for det fremtidige kommunale psykisk helse- og rusarbeidet. Med grunnlag i funnene i denne studien kan en slå fast at sykepleierne arbeider i tråd med disse utfordringene, og at de er klare for å videreføre og iverksette nye som måtte komme.

Kapittel 1: Innledning

1.1. Studiens bakgrunn, hensikt og forskningsspørsmål

I «Politisk plattform for psykisk helse og rus» (NSF, 2013) tydeliggjør Norsk Sykepleierforbund sin forståelse og mål for psykisk helse og rus. Plattformen beskriver fire sentrale satsningsområder i perioden 2013-2016: Satsningsområde 1 – Anerkjennelse og utvikling av sykepleiekunnskap innen psykisk helse og rus, Satsningsområde 2 - Tjenesteutvikling i kommunene, Satsningsområde 3 – Tidlig innsats for risikoutsatte grupper og Satsningsområde 4 – Delaktighet, tvang og menneskerettigheter. Bakgrunnen for denne rapporten har i all hovedsak sitt fundament i Satsningsområde 1 og Satsningsområde 2. Sykepleiere har lang arbeidserfaring innen fagfeltene psykisk helse og rus. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er i utvikling og sykepleiere har tradisjonelt vært pådrivere for utvikling av sykepleie og helsetjenester til mennesker med psykisk helsesvikt, både gjennom forskning, utvikling og utdanning.

Under Satsningsområde 1 pekes det på to sentrale forhold. For det første er det slik at sykepleierprofesjonen har en lang tradisjon med å arbeide med psykisk helse og rus i ulike kontekster. Profesjonen har arbeidet i tidlig institusjonsarbeid på ulike asyl- og rusomsorgen på vernehjem. I dag finnes det sykepleiere som arbeider i alle deler av helsetjenesten. I tillegg har sykepleiere og psykiatriske sykepleiere gitt verdifulle faglige bidrag både innenfor forskning, utvikling og utdanning på bachelor-, master og ph.d.-nivå. Satsningsområde 2 beskriver inngående hvordan forskyvningen av utøvelsen av helsetjenester innen psykisk helse og rus har skjedd fra institusjoner til lokalmiljø både internasjonalt og nasjonalt. I Norge skal de viktigste tilbudene til mennesker som sliter med psykisk helse- og rusvansker gis av de kommunale helsetjenestene med utgangspunkt i der hvor personene lever og bor. Dette innebærer at de kommunale helsetjenestene må fremstå som kompetente og tilgjengelige når innbyggere trenger hjelp. Dette innebærer gode lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rus-tjenestene. Fagpersoner generelt, og sykepleiere spesielt, kan fremstå med faglig og personlig kompetanse som kan bidra til økt mestring og selvstendighet i hverdagslivet. Et grunnleggende premiss er at innholdet og praksisene i tjenestene utvikles i et samarbeid mellom brukere, pårørende og aktuelle offentlige og private aktører.

Den politiske plattformen peker videre på at et sentralt mål er at NSF skal være en pådriver for å fremme tjenesteutvikling i kommunene i samarbeid med aktuelle aktører innen psykisk

helse og rus, helsefremming og forebygging. Sykepleiekompetanse skal være en selvfølgelig del av det forbyggende og helsefremmende arbeidet overfor rusmiddelavhengige. På denne bakgrunn ønsket Norsk Sykepleierforbund ved Fag- og helsepolitisk avdeling å gjennomføre en forskningsbasert studie. Denne skulle danne basis for en rapport som beskriver sykepleiernes arbeidsoppgaver og faglige bidrag innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Hensikten med studien er å synliggjøre sykepleiernes rolle og funksjon i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid med tanke på sykepleiefaglig tjenesteutvikling, og hvilke bidrag sykepleiere gir i et tverrfaglig arbeidsfelt. NSF ønsket å gjennomføre en nasjonal undersøkelse, og Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold fikk i oppgave å gjennomføre studien. Datainnsamlingen fant sted mellom 8. september og 4. desember 2014. Studien er av utforskende og beskrivende karakter med bruk av både kvalitative og kvantitative metoder i form av fokusgruppeintervjuer og spørreskjema. Bruk av både en kvalitativ og kvantitativ tilnærming er basert i et ønske om å få kunnskap både om dybde og bredde i studien. Basert i studiens hensikt og relevans er det utviklet følgende forskningsspørsmål:

1. Hva er sykepleieres rolle og funksjon i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid relatert til sykepleiefaglig tjenesteutvikling?

2. Hva er de spesifikke sykepleiefaglige bidragene i det tverrfaglige psykiske helse- og rusfeltet?

1.2. Rapportens organisering

Etter dette innledende kapittelet vil det i kapittel 2. bli redegjort for helsepolitiske utviklingstrekk for fagfeltet psykisk helse og rus samt forholdet mellom psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid. Deretter vil kapittel 3. beskrive studiens metodologi. Hovedvekten i rapporten vil være i kapittel 4. hvor studiens funn presenteres. I kapittel 5. vil studiens funn bli sett i relasjon til forskningsspørsmålene. I siste kapittel 6 vil det på denne bakgrunn gis noen tentative konklusjoner. Forskningsstudien er gjennomført av professor Bengt Karlsson i samarbeid med professor Suzie Hesook Kim. Begge er ansatt ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus.

Kapittel 2. Helsepolitiske utviklingstrekk innen fagfeltet psykisk helse og rus.

2. 1. Et historisk blikk

I følge WHO opplever rundt 10 % av verdens voksne befolkning til enhver tid å ha et psykisk helseproblem og at en av fire vil utvikle et i løpet av livet (WHO, 2013). Målt som sykdomsbelastning er psykiske lidelser og ruslidelser den mest kostbare sykdomsgruppen i Norge, med en samfunnsøkonomisk kostnad på 60 - 70 milliarder pr. år (HOD, 2009).

Internasjonalt har deinstitusjonalisering, utvikling av lokale tjenester og betoning av mere humane behandlingsformer stått sentralt siden 1990-tallet (Karlsson, Borg & Kim, 2008). I perioden 1998-2008 pågikk det en omfattende reform i psykisk helsefeltet i Norge.

Reformen startet med Stortingsmelding 25 (1996–97). Åpenhet og helhet

(Sosial- og helsedepartementet, 1997). Stortingsmeldingen konkluderer slik:

”Hovedproblemene for mennesker med psykiske lidelser er at behandlingsskjeden har brist i alle ledd(...). Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personalet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud”

(s.16). Veien fremover beskrives slik samme sted: ”Hard lut må til” (s.14). Dette

konkretiseres i form av behov for omstillingsvilje i tjenesteapparatet og kunnskapen om psykiske helse må utfylles. Videre må holdninger til psykiske lidelser både i befolkningen og i fagmiljøene endres samt at det lokale behandlingstilbud må utvides.

I 1998 kom «Om opptrappingsplan for psykiskhelse 1999–2006», (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Denne var en videreføring og en konkretisering av de ønskete utviklingstrekk som var skissert i Stortingsmelding 25, knyttet til økonomi, ideologi og faglig innhold. En løsning ble klare kvantitative mål om opptrapping av tjenestetilbudet ved hjelp av årlige bevilgninger av øremerkede midler over statsbudsjettet. Faglig skulle det legges til grunn et helhetlig syn på mennesket hvor ulike sider spiller inn og med personens psykiske helse. Det er en *person i kontekst* som erfarer psykisk uhelse og det viser seg på flere områder enn bare det biologiske eller det sosiale. Psykisk uhelse erfares både kroppslig og eksistensielt – spørsmål om en persons verdighet, integritet og selvforståelse settes i og på spill i disse erfaringene. Det å oppleve psykisk helse er både et personlig og sosialt fenomen.

Særlig i Stortingsmelding 25 og Opptrappingsplanen gjøres det en fortolking av det samfunnsmessige mandatet samt de konsekvenser en kan tolke inn i psykisk helsefeltet og i særdeleshet psykisk helsearbeid av dette perspektivet. Det politiske og faglige grunnlaget i de to nevnte dokumentene er videreført i andre helsepolitiske dokumenter som Fra Bruker til

borger, Rusreformene, NAV-reformen, Samhandlingsreformen, St. 13 Utdanning til velferd – samspill i praksis og Meld. St. 30 Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk, og særlig i «Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten», (Helsedirektoratet, 2014).

Opptrappingsplanen er knyttet til behovet for forandring i retning av kvalitet under overskriftene tilgjengelighet, kontinuitet og helhet. Særlig blir det pekt på brukerperspektivet, mestringsperspektivet og nærhet og desentralisering. Dette siste punktet er hovedargumentet i Statsbudsjettet for 2004 om forlengelse av Opptrappingsplanen. Her introduseres begrepet om lokalbasert psykisk helsearbeid. Arbeidet var forankret både i et naturvitenskapelig og et samfunnsvitenskapelig perspektiv med vekt på humanistiske idealer. Den politiske og faglige inspirasjonen ble hentet innenfor fagfeltene i Storbritannia, USA, Italia og særlig Sverige (Karlsson, 2006). Opptrappingsplanen har i sin innledning et eget kapittel som heter «Opptrappingsplanens mål og verdigrunnlag». Her fremholdes det at psykisk helse er et samfunnsmessig anliggende fordi det grunnleggende handler om å vise hverandre varme, omsorg og omtanke i konkrete handlinger. Det pekes også på hvordan vi lever i relasjoner til hverandre og hvor avgjørende det er at vi har inkluderende og romslige lokalsamfunn. Planen viser til at individperspektivet på psykisk helse er ett blant mange. Like viktige i arbeidet med psykisk helse er sosiale og relasjonelle perspektiver som meningsfulle arbeids- og fritidsaktiviteter, tilfredsstillende bolig, inklusjon i ulike sosiale fellesskap og muligheter for kulturell og åndelig stimulans. I tillegg fremholdes det at tjenestetilbudene til mennesker som sliter med psykisk helse- og rusvansker primært skal utvikles og tilbys der hvor folk lever og bor i deres lokalmiljø (Sosial- og helsedepartementet, 1998).

Ulike evalueringer av Opptrappingsplanens mål for psykisk helsearbeid i kommunene viser at de ble nådd på de aller fleste områder. De som er rekruttert til kommunalt psykisk helsearbeid har generelt høy utdanning, noe som kan tolkes som at kvaliteten i tjenestene er blitt bedre. Opptrappingsplanen er samtidig blitt kritisert for et ensrettet fokus på kvantitet i relasjon til faglig kvalitet og effekt, for å ha utelatt eldre i målgruppen og for ikke å ha endret kunnskapssyn, ukulturer og maktforhold i psykisk helsearbeid (Ose et al., 2012). Et annet sentralt utviklingstrekk i perioden fra 1998 og frem til i dag, er de endringer som har funnet sted i forhold til utdanning i psykisk helse- og rusfeltet. Det er særlig to forhold som peker seg ut. Det første er opprettelsen av videreutdanning i psykisk helsearbeid. Rådet for helse- og sosialarbeiderutdanningen foreslo i 1997 en rammeplan for videreutdanning i psykisk

helsearbeid. Dette innebar en nedlegging av videreutdanningene i psykiatriske sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid og psykomotorisk fysioterapi slik de forelå på det aktuelle tidspunktet. Alle høyskoler skulle kunne tilby en tverrfaglig videreutdanning hvor alle studentene hadde en felles del i psykisk helsearbeid, tilsvarende 15 studiepoeng. Deretter kunne man velge en felles psykososial fordypning eller en fagspesifikk fordypning enten i psykiatrisk sykepleie, psykiatrisk sosialt arbeid eller i psykomotorisk fysioterapi. For å kunne tilby de fagspesifikke fordypningene måtte det være et tilbud også i den felles tverrfaglige fordypningen. Den første videreutdanningen i ny utgave startet høsten 1998. Det var store faglige stridigheter om denne endringen både blant de ulike fagforbundene, de ulike faggruppene og mellom ansatte i høyskolesektoren (Karlsson & Borg, 2013). Det har siden utviklet seg mastergradsstudier i psykisk helsearbeid ved ulike høyskoler og universiteter samt at videreutdanningen har blitt integrert i andre helse-, sosial- og velferdsfaglige masterprogrammer. Parallelt har det også utviklet seg, særlig etter den første rusreformen i 2004, etter- og videreutdanninger i rusarbeid. Ved enkelte utdanningsinstitusjoner kan det også finnes mastergradsutdanninger i rusarbeid.

2. 2. Et nåtidig blikk

Når en skal forsøke å gi et nåtidig blikk på fag- og kunnskapsfeltet psykisk helse og rus, vil det i denne rapporten være sentralt og peke på den innvirkning psykiatrisk sykepleie har og har hatt. Det gjelder både historisk og i vår samtid, og det gjelder for kunnskaps- og fagutvikling samt forskning. I det følgende vil det bli gitt en kort skisse av hvordan fagtradisjoner og kunnskapsperspektiver i psykiatrisk sykepleie spiller med og inn på den samme utviklingen innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Psykiatrisk sykepleie

Fagets historie viser til kontinuerlige diskusjoner om grunnlagsproblemer og perspektiver i psykiatrisk sykepleie samt diskusjoner rundt valg av perspektiver og sentrale foki som kan identifiseres i psykiatrisk sykepleie (Karlsson, 2004; Hummelvoll, 2014). Disse diskusjonene må ses i lys av fagets ulike historiske epoker både klinisk og teoretisk, og hvordan ulike kunnskapsperspektiver på psykiske lidelser bidrar til å kontekstualisere diskusjonen omkring grunnlagsproblemer og valg av perspektiver.

Den medisinsk-psykiatriske subspecialiteten utviklet seg i løpet av første del av 1800-tallet. Det *medisinske perspektivet* finner sin stilling som kunnskapsbase i etablering og organisering av asylene i Norge, samt i utarbeidelsen av sinnsykeloven av 1848. Det naturvitenskapelige

paradigmet la premissene for den virksomhet som fant sted i asylene, samt hvordan sinnssykepleien burde forstås og organiseres (Karlsson, 2004). Nissen (2000) viser i sin lærebok for diakonisser fra 1877 til sinnssykelovens forståelse av hva som var sinnssykdommer, og hvordan denne forståelsen kunne innvirke på sykepleien. Svedberg (2002) viser til ulike omsorgstradisjoner innenfor psykiatrisk sykepleie i Sverige i første halvdel av 1900-tallet og til hvordan disse tradisjonene preges av ”tradisjonell medisinsk-biologisk psykiatri” (s. 12). Det medisinsk-psykiatriske perspektivet er fortsatt meget betydningsfullt som kunnskapsmessig base (Wifstad, 1998; Kringlen, 2001). Hummelvoll (2014) viser hvordan dette perspektivet i dag er representert ved en biomedisinsk tilnærming i psykiatrisk sykepleie. Samtidig representerer dette perspektivet en diskurs som de andre teoretiske perspektivene må forholde seg til, enten som komplementære eller som antagonistiske (Wifstad, 1997).

Det kan identifiseres seks andre teoretiske perspektiver som har hatt innflytelse på utviklingen av synet på psykiske lidelser og psykiatriske sykepleie: et *psykodynamisk perspektiv*, et *kognitivt perspektiv*, et *familieperspektiv*, et *antipsykiatrisk perspektiv*, et *omsorgsperspektiv* og et *samfunnsperspektiv* (Hummelvoll, 2014). Forfatteren viser hvordan disse ulike perspektivene sammen med det første gir ulike utfordringer hva angår kunnskap, kompetanse og kvalifikasjoner i psykiatrisk sykepleie. Løkensgaard (1983), Lindström (1992, 1994, 2003) og Hummelvoll (2014) er alle forfattere som har bidratt til utviklingen av den nordiske tradisjonen i psykiatrisk sykepleie. I særdeleshet Lindström (1994) og Hummelvoll (2014) bidrar til å fremheve psykiatrisk sykepleie forstått som forholdet og interaksjonen mellom det sykepleievitenskapelige, det samfunnsvitenskapelige og det naturvitenskapelige. Hummelvoll (2014) fremholder at dette ikke gir grunnlag for å utvikle *en* modell for psykiatrisk sykepleie, men kan danne basis for utvikling av flere modeller. Lindström (1994) peker på at psykiatrisk sykepleie utgjør et unikt aspekt ved all form for omsorg, og som sådan reflekterer grunnleggende verdier og kunnskaper i sykepleiefagets tradisjon. Nissen (2000) har i sin Lærebog i Sygepleje et eget kapittel som omhandler ”Sindssyges Pleie”. Forfatteren viser til at pleien av pasientene forutsetter grunnleggende kunnskaper i sykepleie fordi den sjelelige og kroppslige pleie ”... maa gaa Haand i Haand” (s. 74).

Nortvedt (1998) fremholder tre hovedkomponenter i den tradisjonelle fagkompetansen i sykepleie. Den første består i forståelsen og vektleggingen av det å være syk fremfor det å ha en sykdom. Sykepleierens perspektiv er opplevelsen og erfaringen snarere enn diagnostisering, forklaring og behandling. For det andre skal sykepleieren motivere, skåne og

tilrettelegge pasientens selvhelbredende potensial. Understøttelsen, og ikke inngrepet, er viktig. Den tredje komponenten dreier seg om det normative grunnlaget for pleien knyttet til empati, der en barmhjertighet med og omtanke for pasienten er sentralt.

Lindström (2002) fremholder at det å lindre lidelse er sykepleiens ytterste hensikt. Det er en sammenheng mellom lidelse og helse, og de inngår i en ubrytelig gjensidig forbindelse og utgjør hverandres forutsetninger. Lidelse er en naturlig del av menneskelivet og hører på den måten sammen med helsen. Sykepleiens fremste oppgave er å hjelpe det lidende mennesket til å leve tross sin sykdom, og derved søke å fremme helbredelse og lindring for den lidende. Dette fokuset vil være helsebringende i den forstand at lidelsen kan deles med andre, og at fellesskapet kan bekrefte den lidende som verdig og unik. Å dele lidelse kan sees fra tre aspekter; 1. Å få lide ut, 2. Å bli bekreftet og 3. Å bli forsonet (Eriksson, 1995). I dette arbeidet rettes fokus mot forutsetningene for omsorg ved å skifte fra sykdom forstått som diagnoser og symptomer, til lidelse. Eriksson (1995) skjeler mellom tre former for lidelse: livslidelse, sykdomslidelse og pleielidelse. Hummelvoll (2014) peker på den sosiale lidelse som en fjerde lidelsesform.

Det kan argumenteres for at finnes to dominerende tradisjoner i psykiatriske sykepleie, både hva forskning, fagutvikling og praksis angår (Karlsson, 2004). Tradisjonene har, med utgangspunkt i valg av livssyn, menneskesyn, kunnskapssyn og etikk, søkt å tydeliggjøre perspektiv og fokus i psykiatrisk sykepleie (Hummelvoll, 2014). De ulike tradisjonene argumenterer for nødvendigheten av å velge perspektiv i forståelsen av pasienten, lidelsen og sykepleien. Den ene tradisjonen er knyttet til en medisinsk-psykiatrisk forståelses- og tilnæringsform. Denne tradisjonen har basis i en naturvitenskapelig forskningstradisjon, der psykiske problemer beskrives og operasjonaliseres gjennom diagnostiske kategorier som ICD og DSM. Vitenskapeliggjøringen av menneskets psyke er sterkt inspirert av biologisk forståelse av ulike fysiologiske prosesser, noe som bidrar til at deler av det medisinsk-psykiatriske paradigmet er preget av reduksjonisme. I de seinere år har vi sett en økende vektlegging av biomedisinsk forklaring og behandling av psykiske lidelser med utgangspunkt i denne tradisjonen. Her vektlegges primært "disease" med fokus på patologiske prosesser, og ikke "illness" som viser til menneskets opplevelse av og reaksjon på symptomer eller plager (Karlsson, 2011a).

Den andre dominerende tradisjonen er forankret i det humanistiske menneskesynet og i et humanvitenskapelig paradigme (Hummelvoll, 2014). Psykiatrisk sykepleie omtales som holistisk med vekt på spesifikt menneskelige kvaliteter som selvrefleksjon, opplevelse av

mening, verdier, håp, fellesskap, og følelser. Et humanistisk menneskesyn innebærer at mennesket anses som unikt i betydningen av å være et autonomt, rasjonelt, sosialt og åndelig vesen. Den humanistiske tradisjonen i psykiatrisk sykepleie innebærer en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Denne tilnærmingen vil søke å forstå mennesket som et kulturelt vesen og som en helhet; kropp, sjel og ånd i samspill med omgivelsene i form av samfunn og kultur. Den psykiatriske sykepleier vil forsøke å forstå den psykiske lidelsen ut fra dem som subjektivt erfarer den. Det er den subjektive beskrivelsen og den virkning lidelsen har i personens erfarte hverdag og liv, som vil danne basis for tiltak som kan lindre den psykiske lidelsen. Fokus vil være på personens livsverden både konkret og som opplevd mening ved det å være lidende, og hvordan lidelsen kan lindres. Personens nettverk av levde relasjoner utgjør en sentral del av helheten for å kunne utøve psykiatrisk sykepleie i den humanistiske tradisjonen (Karlsson, 2004).

Denne formen for kunnskapsutvikling krever et helhetlig og flerdimensjonalt syn på mennesket, der de fysiologiske, eksistensielle, åndelige, psykologiske, sosiale og kulturelle dimensjonene inngår som likeverdige elementer. Ifølge dette helhetlige menneskesynet er mennesket en kompleks, integrert helhet som skaper forskjellige behov. Et humanistisk menneskesyn aktualiserer autonomi og frihet i relasjonen mellom pasient og sykepleier (Hummelvoll, 2014). Autonomibegrepet innebærer et pasientsyn der mennesket har muligheter til å ta vare på seg selv og kunne fremstå med både selvrespekt og verdighet. Frihet forstås i lys av ansvar og medansvar, der begge deler forutsetter en gjensidighet i relasjonen karakterisert av respekt og omtanke. Denne forståelsen av relasjonen mellom pasient og psykiatrisk sykepleier er basert på og utviklet gjennom tillit og gjensidighet. Den psykiatriske sykepleieren står ofte i et etisk dilemma knyttet til å ivareta pasientens tillit i relasjon til handlinger som truer den samme tilliten. På denne bakgrunn må sykepleieren ha høy grad av oppmerksomhet rettet mot den moralske ubalansen som potensielt kan ligge i relasjonen. Den moralske refleksjonen må baseres på empatisk inn- og medlevelse i pasientens subjektive opplevelser og situasjon og gjøres til gjenstand for relasjonell praksis. Relasjonen mellom sykepleier og pasient og det at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, har blitt slått fast som en grunnleggende dimensjon i psykiatrisk sykepleie (Karlsson, 2004). Terapeutisk interaksjon er forsøkt etablert som det essensielle i psykiatrisk sykepleie. Betegnelsen ”interpersonal process” fremhever hvordan den psykiatriske sykepleierens terapeutiske rolle ikke bare kan beskrives som ”routines og procedures, but it also must be discussed in terms of attitudes, feelings, relationships and understandings” (Mereness, 1982,

s. 10). Pasientbegrepet er diskutert både filosofisk og klinisk i sykepleie. Historisk sett er pasientbegrepet i sykepleie brukt for å fremheve asymmetrien i relasjonen samt sykepleierens fokus mot den lidende og dennes opplevelse av lidelsen. Begrepet pasient er blitt kritisert for å passivisere og sykeliggjøre, og for å gi rom for illegitim maktutøvelse fra sykepleieren. Klient og bruker har vært introdusert som begreper som skulle erstatte og gi et nytt innhold til det å være hjelpetrengende. I begrepet pasient kan en forstå ”person-in-care” (Karlsson, 2004). Det er personen som er i sentrum, og dennes opplevelser og erfaringer med lidelse. Personen og sykepleieren er engasjert i en relasjon basert på gjensidig påvirkning som skaper forandringer både for sykepleieren, ”personen-i-omsorg” og omgivelsene.

Et humanvitenskapelige perspektivet på psykiatrisk sykepleie begrunner nettopp betydningen av å utvikle en kunnskapsproduksjon basert på en annen form for epistemologi og metodologi (Karlsson, 2004). Fokuset er rettet mot personen, dennes livsproblemer og livserfaringer og en anerkjennelse av at personen er ekspert på eget liv og tar ansvar for å mestre dette.

Vanskeligheter med å mestre eget liv kan ofte danne basis for relasjonen med sykepleier og for personens behov for hjelp. Videre tillater sykepleieren seg selv å bli emosjonelt involvert i personens situasjon og lidelse og systematisk utforske relasjonen og kommunikasjonen mellom seg selv og den andre. Menneskelige problemer er det primære fokus for all sykepleie, og i særdeleshet for psykiatrisk sykepleie. ”The phenomena defined as mental illness are too complex to be explained away completely by models of biological causation”, (Barker et al, 1996, s. 663). Psykiatrisk sykepleie må baseres på en kontinuerlig utforskning av ”whole lived experience of the-person-in-care” (op.cit). Denne utforskningen har sin basis i den mellommenneskelige prosess, som involverer både den andre (person-in-care) og sykepleieren, og personen og andre. Psykiatrisk sykepleie handler om å støtte opp om ulike former for vekst og utvikling som er kjernekaraktistika ved det å være menneske. Smith (1994) beskriver de grunnleggende antakelser som kan støtte opp om en slik forståelse av psykiatrisk sykepleie: «The nature of humans (the uniqueness of the individual and inalienable rights), society (regarding freedom), health (regarding the right of access to health care) and nursing (i.e. the focus of nursing is human beings)» (s. 181).

Hummelvoll (2014) har gjort en analyse av vitenskapelige artikler knyttet til psykiatrisk sykepleieforskning og grunnlagstenkning i perioden 1994–98. Et vesentlig trekk er ulike artikkelforfatteres engasjement i å presisere fagspesialiteten psykiatrisk sykepleie som komplimentær til andre profesjonelle perspektiver. Fokus på tverrfaglig samarbeid er enten implisitt forutsatt eller eksplisitt uttalt i de fleste av artiklene. Tverrfaglig samarbeid forstås

som en form for teamarbeid som søker en samlet og helhetlig tilnærming for å oppnå et felles mål. Peplau (1987) fremholder nødvendigheten av et flerfaglig perspektiv og kunnskap som forutsetning for et produktivt samarbeid og problemløsning i fagfeltet psykisk helsevern. Peplau presiserer utfordringene til psykiatrisk sykepleie i form av å spore god fler- vitenskapelig forskning med relevans for fagspesialiteten og tolke den inn i fagspesialiteten.

Psykisk helsearbeid

Gitt de overnevnte historiske og faglige utviklingstrekk kan man si at psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid er nært knyttet sammen i den humanistiske tradisjonen, selv om psykisk helsearbeid er et ungt fagområde i Norge. Begrepet ble første gang introdusert i forbindelse med etableringen av den nye tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid i høgskolesektoren i 1998. Opptrappingsplanen for psykisk helse som ble lansert i 1999 – og som strakk seg ut 2008 – benytter også begrepet psykisk helsearbeid. I begge disse sammenhenger vektlegges det at psykisk helsearbeid er det tverrfaglige og tverretatlige arbeidet som skal karakterisere tjenestetilbudene i kommunene og de tjenestetilbudene som skal etableres i samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – i særlig grad ved de distriktpspsykiatriske sentrene. I Opptrappingsplanen pekes det også på at psykisk helsearbeid har en kort faglig historie og bare i liten grad har vært fokusert med hensyn til forskning og systematisk kunnskapsutvikling. En slik kunnskapsutvikling vil og må omfatte alt psykisk helsearbeid som foregår i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og i samarbeidet mellom disse. På denne bakgrunn har psykisk helsearbeid også vært et prioritert tematisk område i ulike forskningsmiljøer og i Norges forskningsråd. Særlig har en vektlagt generell kunnskapsutvikling, de konkrete tjenestenivåers bidrag samt brukeres og pårørendes perspektiver og erfaringer i evaluering og utvikling av ulike tjenestetilbud (Karlsson & Borg, 2013).

Siden begynnelsen av 1980-tallet har norsk helse-, sosial- og velferdspolitikkk bidratt med nye rammer og flere muligheter for en bred kunnskapsutvikling innen psykisk helsefeltet. Særlig gjelder dette en tydeliggjøring av brukeres og pasienters behov for helhetlige tjenester. Opptrappingsplanen tydeliggjorde og fremholdt målet om at personer som erfarer psykiske lidelser skal kunne leve et trygt og verdig liv i lokalsamfunnet - på samme måte som befolkningen generelt. Innbyggere som kommer i en pasient- eller brukerrolle skal forstås og møtes som en person som lever sitt liv i en sosial sammenheng. Ikke reduseres til en medisinsk diagnose eller et psykologisk kasus. Nødvendig hjelp skal være tilgjengelig der

deltakelse og tilhørighet, og ikke minst muligheter til å mestre sin livssituasjon, vektlegges. Disse grunnleggende helsepolitiske mål ble allerede stadfestet i ”Rundskriv fra 4 departementer: Tilbud i nærmiljøet for personer med psykiske lidelser” i 1981, ble så videreført gjennom ”Nye perspektiver for psykiatrien” i 1995, og skal etter ti år med Opptrappingsplanen (1998-2008), nå arbeides videre med i Samhandlingsreformen (St. meld. nr 47 (2008-2009)), samt i veilederen for psykisk helse- og rusarbeid i kommunen «Sammen om mestring». De to siste dokumentene understreker på nytt at brukeres og pasienters behov for helhetlige og koordinerte tjenester ikke er godt nok ivarettatt. Innbyggere med behov for helse-, sosial- og velferdstjenester får ikke den tjenesten de ønsker, og har behov for, når de trenger den. Manglende koordinering av tjenester er definert som hovedgrunnen til at mennesker med sammensatte og langvarige helseproblemer, som psykiske problemer og rusproblemer, ikke får den behandling og hjelp de har behov for og til rett tid. I de siste 30 år har likelydende problemstillinger knyttet til rett hjelp til rett tid, bedre koordinering, målrettet samhandling, brukerinvolvering i behandlingsprosesser, bedre tilgjengelighet, bredere kunnskapsutvikling og mer systematisk evaluering blitt understreket i ulike helse-, sosial- og velferdspolitiske føringer. Dette begrunner et faglig løft innen psykisk helsearbeid. Et løft som representerer et utvidende fokus mer enn det individorienterte, a-kontekstuelle og biomedisinsk forankrede forskningsperspektivet som i dag dominerer psykisk helsefeltet (Karlsson & Borg, 2013).

Fremveksten av psykisk helsearbeid som praksisfelt og som fagområde må sees i perspektiv av de betydelige endringer i helse- og sosialpolitisk orientering overfor mennesker med psykiske lidelser som har utviklet seg i de fleste vestlige land de siste tiårene. Endringene handler ikke bare om nedbygging av institusjoner og nye måter å organisere tjenester og tilbud på, men også om et skifte av fokus: fra ekskludering til integrering, og fra hovedvekt på lidelsen og sykdommen i seg selv, til mennesker og personer med psykiske lidelser og funksjonshindringer. I en historisk sammenheng betyr det at tidligere ”psykiatriske pasienter” gjøres til subjekter og aktører, og at samfunnet pålegger seg selv en ambisjon om å legge til rette for integrering og medborgerskap. Dette har mange og ulike konsekvenser, blant annet at hjelpearbeidet må foregå i andre kontekster enn tidligere, og at mottakere av hjelpen (og pårørende) gjøres til samarbeidspartnere (i.e., brukermedvirkning). En endret orientering og endrede handlingsmønstre kan bare utvikles og gyldiggjøres gjennom utvikling av ny kunnskap, dvs. gjennom forskning som er relevant for en slik nyorientering. Hovedtyngden av forskningen i dag, både nasjonalt og internasjonalt, har fulgt et tradisjonelt kunnskapsmønster

tilpasset dominerende profesjonsdisipliner, og med hovedfokus på lidelsen og behandling av denne. Skal overnevnte nyorientering lykkes er det nødvendig å utvikle profesjonsovergrepene, tverrfaglig og tverrvitenskapelig forskning i samsvar med denne nyorienteringens kunnskapsbehov, hvilket innebærer et felles fokus på personer med psykisk helseproblem, deres livsverden og relasjoner til hjelpesystemene.

Psykisk helsearbeid som fagområdet innebærer en utvidelse og en endring av den grunnleggende forståelsen av hva som ansees som gyldig kunnskap om psykiske lidelser og deres behandling. Utvidelsen skjer gjennom inklusjon av ulike perspektiver innen arbeidet med psykisk helse. Psykisk helsearbeid er et tverrfaglig og tverrvitenskapelig fagområde. Dette innebærer at psykisk helsearbeid fokuserer både brukeres og pårørendes erfaringer, hjelpekontekstene samt organiseringen, innholdet og praksisformer som utvikles i de ulike tjenestetilbudene. Psykisk helsearbeid omfatter alle de sosiale, miljømessige og personlige forhold som interagerer med menneskers psykiske helse. Fagområdet er dynamisk og endringsorientert ved å vektlegge og stimulere det potensialet av ressurser som både den enkelte og omgivelsene kan ta i bruk for å fremme mestring, bedring og helse. I psykisk helsearbeid må innhold og retningen i tjenestetilbudene utvikles ved særlig å rette oppmerksomheten mot forholdet mellom miljø og levekår, og ved å opprettholde et gjennomført brukerfokus i et likeverdig samarbeid med alle tjenesteutøvere. Målet er å kunne bidra til at brukeren blir forstått og møtt som aktør og medborger, som deltar aktivt i etableringen av tilbud og tjenester som er samordnet og tilpasset den enkeltes behov og ønsker. Slik åpnes psykisk helsearbeid for andre og nye aktører og profesjoner og et bredere og mer gjennomgripende tverrfaglig samarbeid. Dermed utfordres og omskapes forståelser av hvordan arbeidet med psykisk helse kan forstås, beskrives og utvikles - og hvordan samarbeidet med bruker og nettverk kan og bør tilrettelegges (Karlsson & Borg, 2013).

Psykisk helse- og rusarbeid

Personer med samtidige rus- og psykiske helseproblemer har tradisjonelt falt utenfor det eksisterende behandlingsapparatet. Mangel på samarbeid og koordinerte tjenester er blant utfordringene som ofte knyttes til personer med samtidige rus- og psykiske helseproblemer. Samtidig er denne gruppen i særlig behov av et sammenhengende behandlingstilbud for å oppleve bedring. På tross av gjentatte forsøk fra myndigheter og hjelpeapparatets side ser det ut til å by på utfordringer å gi brukerne av tjenestene den hjelpen de trenger. Mangel på samarbeid og sammenhengende tjenester er et stadig tilbakevendende tema (Sælør & Biong,

2011). Forfatterne påpeker at bedringsprosesser hos personer som sliter med enten psykiske helseproblemer eller rusrelaterte problemer har en rekke fellestrekk. Blant annet innebærer det hvordan den enkelte håndterer utfordringene vedkommende møter. Samtidig handler det om i hvilken grad, og på hvilke måter profesjonelle hjelpere kan tilby støtte til den som trenger det. Veien til bedring vil være individuell og hovedansvaret for prosessen ligger hos den det gjelder, ikke støtteapparatet. En slik forståelse av bedringsprosesser gir grunn til å stille spørsmål ved sentrale forhold omkring den tradisjonelle tenkningen omkring og den konkrete utformingen av hjelpetiltak til denne gruppen.

I Norge er nå «Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser» (2012) på plass. Retningslinjene peker blant annet på at brukermedvirkning skal sikre en reell mulighet for å påvirke behandlingstilbudet. Pårørende gis en sentral posisjon og bør, på tross av eventuelle utfordringer, så langt det lar seg gjøre involveres i behandlingen. Samarbeidet skal evalueres fortløpende og ta hensyn til pårørendes ulike roller forløpet igjennom. Samtidig har mange pårørende selv et behov for støtte og hjelp. Det presiseres i retningslinjene at personer med samtidig ROP-lidelser har krav på å bli møtt av et samordnet behandlingstilbud preget av kontinuitet og kvalitet på behandlingen. Videre gis det anbefaling om at kommunene bør utarbeide rutiner for samarbeid og konkrete planer for hvordan gruppen skal ivaretas (Helsedirektoratet, 2012). Også i samhandlingsreformen blir kommunenes sentrale posisjon understreket. Samtidig er det slik at samspillet mellom helsetjenestene og det kommunale tilbudet skal kunne legge til rette for mestring (Helsedirektoratet, 2014). Fra å fokusere på fravær av symptomer som mål for behandling, fokuserer psykisk helsefeltet nå i større grad på folks bedringsprosesser. Her står subjektive opplevelser av hva som hjelper den enkelte i sin bedringsprosess sentralt, og den som søker hjelp anses som en aktiv part i arbeidet med å komme seg. Samtidig er det slik at ikke bare egenskaper hos individet selv, men også relasjoner til hjelpere – profesjonelle eller ikke – anses som viktige faktorer i en bedringsprosess. Det samme gjelder blant annet økonomi, bolig og arbeid (Borg, 2007). Forskere peker også på et behov for endring i hjelpeapparatet, fra en tradisjon der den hjelpesøkende ofte har vært ansett som ute av stand til å vite sitt eget beste, mot å behandle vedkommende som en likeverdig part i samarbeidet rundt egen bedringsprosess. Oppfatningene av hva som står sentralt i folks bedringsprosesser er mange. Samtidig er det enkelte ting som ser ut til å være felles. Både egenerfaringer og kvalitativ forskning slår fast at *håp* er en av disse felles faktorene (Borg, Karlsson & Stenshammer, 2013).

I ROP-retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012) skrives det: «Et helhetlig perspektiv på pasientens tilfriskning. Målet er å finne pasientens egne ressurser når det gjelder å finne meningsfylt aktivitet, få jobb, øke det sosiale nettverket, løse økonomiske og boligmessige behov for å øke livskvalitet og selvfølelse. Personens egne ressurser må støttes under hele behandlingsforløpet på en slik måte at livskvaliteten bedres» (s. 59). ROP-undersøkelsen fra Hedmark og Oppland registrerte lidelser ved bruk av standardiserte diagnostiske verktøy og fant at pasienter som burde vært til behandling i russektoren hadde en høy livstidsforekomst, særlig av agorafobi (48 prosent), sosial fobi (47 prosent) og depresjon (44 prosent) (Sælør & Biong, 2011). To tredjedeler av disse lidelsene debuterte minst ett år *før* en ruslidelse. De fant også at 40 prosent av pasientene tidligere hadde mottatt behandling i psykisk helsevern. Personer som lever med samtidig psykisk lidelse og ruslidelse rapporterer lavere livskvalitet, dårligere funksjonsnivå og større vansker med å følge opp behandling, enn dem med én lidelse. De kan bli beskrevet og omtalt som “kompliserte og vanskelige å hjelpe”, ofte knyttet til omfattende, langvarige og sammensatte livsforhold. Livsforholdene kan gjøre det komplisert å få tilgang til hjelp og til skreddersydde tjenester. Personer med samtidige lidelser har typisk falt mellom, eller blir skjøvet mellom, ulike tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). For å forebygge fragmenterte tjenester anbefales en helhetlig, integrert tilnærming (Helsedirektoratet, 2012). Det er økende oppslutning om behovet for recoverybaserte og integrerte tjenester for denne gruppen. På tross av at faglige retningslinjer og forskning støtter integrert behandling, så finnes det ikke evidens for én spesifikk psykososial tilnærming, sammenliknet med standardbehandling, for å redusere rusmisbruk blant personer med alvorlige psykiske helseproblemer. Det understreker nettopp poenget med at personlig og sosial recovery ikke refererer til en spesifikk behandling eller intervensjon, men til alt det personen selv gjør (og sammen med andre) for å håndtere og mestre ulike psykososiale problemer og for å leve et meningsfylt liv (Biong, 2015).

Sammen om mestring

I denne veilederen fra Helsedirektoratet fra 2014, er ambisjonene høye og mange. Sentralt er å videreføre målene i psykisk helse- og ruspolitikken beskrevet i Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008), stortingsmeldingen «Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk (2011-2012)» og St. melding nr.47 »Samhandlingsreformen». Disse dokumentene viser til de viktigste utfordringene og gir føringer for helse- og omsorgspolitikken generelt. I tillegg fremholdes det at alt nytt lovverk, nye veiledere, faglige retningslinjer, rapporter med mer som er utviklet siden 1998, er integrert og samlet i «Sammen om mestring». Det vil føre for

langt å angi alt som berøres. I det følgende vil sentrale elementer løftes frem for å kaste lys over forskningsspørsmålene for denne studien. Veilederen slår blant annet fast i sine hovedpunkter at i lokalt rus- og psykisk helsearbeid skal:

- «Brukeren være viktigste aktør
- Psykiske helseproblemer, rusproblemer og traumeforståelse bør sees i sammenheng
- Lokalt psykisk helse- og rusarbeid skal også bidra til å bedre levekår
- Varierte og lett tilgjengelige tjenester - også for de som ikke oppsøker hjelp
- Kommunen og spesialisthelsetjenesten må samarbeide om å styrke lokalt psykisk helse- og rusarbeid
- Kommunen har ansvar for at innbyggere som har rusmiddelproblemer og/eller psykiske problemer og lidelser får utredning, diagnostisering og behandling
- Psykisk helsefeltet og rusfeltet krever en flerfaglig tilnærming» (s.11-13).

Veilederen bruker konsekvent psykisk helse og rus – begge to samtidig eller i forhold til hverandre og deler målgruppen i tre knyttet til krav til kompetanse og samarbeid:

Hovedforløp 1: Milde og kortvarige problemer – (kommunenes ansvar). Det pekes på kompetanse hos fastleger, NAV, psykisk helse- og rustjenester, kommunale psykologer. Siste gruppe nevnes som en styrking av tilbudet i form av Rask psykisk helsehjelp. Hovedforløp 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser. Det presiseres at både kommune- og spesialisthelsetjenestene har ansvar for utredning og diagnostisering av denne gruppen brukere. Når det gjelder behandling er det fastleger og annet helse- og omsorgspersonell som har ansvaret. Hovedforløp 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser. Basert i et samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene. Ingen særskilte grupper nevnes annet enn at ansatte i psykisk helse- og rusarbeid bør beherske sentrale kunnskapsbaserte metoder, og følge faglige retningslinjer for behandling og oppfølging. ACT-team og andre oppsøkende samhandlingsteam som gode eksempler på å organisere det faglige samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene.

Veilederen anbefaler og oppfordrer kommunene til å kartlegge egen kompetanse og vurdere om de har et differensiert og dekkende tjenestetilbud innen egen kommune eller i samarbeid med andre. Det fremholdes at tjenestemottakere skal gis likeverdige og individuelt tilpassede

tilbud, og at kommune- og spesialisthelsetjenestene på denne bakgrunn skal samarbeide om et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Det fremholdes: «Grensen mellom kommunal behandling og spesialisert behandling er ikke alltid skarp og entydig. Det kan være betydelige variasjoner i kompetanse og kapasitet mellom kommuner, og nærmere arbeids- og ansvarsdeling bør avklares lokalt. Behandlingen må alltid være forsvarlig, og avklaringer av ansvar og oppgaver må hensynta dette kravet» (s.100). Det understrekes at dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient skal pasienten ikke henvises til spesialisthelsetjenesten.

Veilederens kapitel 8 tar for seg kvalitet, kompetanse og tjenesteutvikling. Her berøres spørsmål om tverr- og flerfaglighet, profesjonsnøytralitet samt konkretiserer hvilke områder av kompetanse som er viktig i relasjon til målgruppene. På side 118 fremholdes det: «Det er ikke tilstrekkelig med en rent helsefaglig eller medisinsk tilnærming. Kommunen må også sikre en sosialfaglig og helhetlig tilnærming». Veilederen henviser til Helse- og omsorgstjenesteloven og fremholder: «Loven er i all hovedsak profesjonsnøytral. Tjenester til personer med rusmiddelproblemer og psykiske problemer kan ytes av ulike profesjoner, innenfor kravet til faglig forsvarlighet» (s. 119). Helse- og omsorgstjenesteloven beskriver viktige oppgaver for de fremtidige kommunale helse- og omsorgstjenestene til å omhandle samarbeid, kompetanse, forebygging, egenmestring, behandling, omsorg og rehabilitering gjennom forebyggende tiltak, behandling, akuttberedskap, rehabilitering/habilitering og oppfølging av pårørende. Helsepersonellovens bestemmelser skal ha anvendelse for alt personell som reguleres av den nye loven. Deler av dagens sosial-, helse- og velferdspersonell arbeider i stadig større grad innenfor de samme feltene og ofte vil de jobbe side ved side og avløse hverandre. Dette gjelder særlig innen kommunens pleie- og omsorgstjeneste, psykisk helsearbeid og i arbeidet med rusmiddelavhengige og utviklingshemmede.

Loven omhandler profesjonsnøytralitet som prinsipp og legger til grunn at hensynet til å bygge opp en tjeneste basert på lokale behov tilsier at kommunen fortløpende selv må avgjøre hva slags personell de vil ha behov for. Imidlertid vil bestemmelsene om faglig forsvarlighet i tjenesten, samt alternativ behandlingsloven som forbeholder enkelte medisinske oppgaver til autorisert helsepersonell, legge klare føringer på kommunen, og sikre at tjenesten bemannes med kvalifisert personell. Departementet kan gi forskrifter om krav til innhold i tjenestene, herunder bestemmelser om kompetansekrav for ulike typer tjenester. Mange tjenestemottakere som har et særskilt behov for at helse- og omsorgstjenestene samhandler,

har det til felles at de har et behandlings- og omsorgsbehov som ingen av tjenesteyterne kan tilfredsstille alene. I relasjon til kommunale psykisk helse- og rustjenester slås det fast at disse tjenestene omfatter forebygging, diagnostikk og funksjonsvurdering, tidlig hjelp og behandling for øvrig, rehabilitering, oppfølging, psykososial støtte- og veiledning, samt henvisning til spesialisthelsetjenesten. Her inngår også å inneha oversikt over den psykiske helsetilstanden til befolkningen i kommunen og over behovet for tiltak og tjenester. For å oppnå et godt tilbud til brukerne er det viktig at kommunene har faglig kompetanse om og i psykisk helse- og rusarbeid.

I Samhandlingsreformen St meld nr 47 (2008-2009) beskrives en ny kommunerolle som at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). I utviklingsarbeidet må det være oppmerksomhet mot spekteret av ulike fagprofesjoner og at man evner å utvikle en samlet tjeneste som gjør bruk av faglige egenskaper og fortrinn hos den enkelte gruppe. Oppgavene vil måtte løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig kompetanse er en av hovednøklene. En framtidig kommunerolle vil kreve en tydeligere politikktutforming med hensyn til innhold, fagutvikling, kvalitet, kompetanse, utdanning, forskning m.m. I for stor grad har utdannet helsepersonell blitt ført til spesialisthelsetjenesten. Det er et helt sentral mål med samhandlingsreformen å bidra til å endre denne situasjonen. De viktige tiltaksdelene er å beskrive og drøfte hvilke oppgaver den framtidige kommunehelsetjenesten kan gis ansvar for, herunder vurdere hvordan bredden av fagprofesjoner bør inngå i den framtidige oppgaveløsningen. Kompetansekrevende funksjoner er ofte av tverrfaglig art og krever i noen grad spesialisert kompetanse for å sikre gode og effektive tjenester. Dette kan eksempelvis være tverrfaglige team, herunder ambulante, med særskilt fokus på kroniske sykdommer som type 2-diabetes, kols, demens, rehabilitering, habilitering, lindrende behandling, psykisk helse og rus. Det kan være behandling av pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse knyttet til generell funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringssvikt, medikamentjusteringer samt personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer (Helsedirektoratet, 2014).

2.3. Organisering av psykisk helse- og rustjenestene

Tilnærmet to tredjedeler av norske kommuner har organisert psykisk helsearbeid i egen enhet, mens tilnærmet en tredjedel av kommunene har organisert kommunalt rusarbeid i egen enhet. Ca. en fjerdedel av kommunene har organisert psykisk helse- og rusarbeid i en felles enhet/avdeling, mens den resterende andel kommuner har prioritert andre organisasjonsformer for tjenestene. Stadig flere kommuner velger å organisere det psykiske helsearbeidet sammen med rusarbeidet. Samordningen av tjenestetilbudene forutsetter at både psykisk helse- og rusarbeid prioriteres. Noen kommuner har organisert deler av tjenestene i NAV-kontorene (Helsedirektoratet, 2014).

I SINTEF sin rapport «Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012 – Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon» (Ose & Slettebak, 2014), finner en at mange kommuner jobber godt med psykisk helsearbeid. Det er etablert tilbud til en bredt sammensatt brukergruppe. Små kommuner evner ikke å bygge opp robuste og gode fagmiljøer, og har på denne bakgrunn etablert interkommunale samarbeid. Mange steder er det etablert et godt samarbeid med DPS'er og sykehusavdelinger. Flere steder tilbyr ansatte i spesialisthelsetjenesten veiledning til og felles utvikling av det kommunale tilbudet til innbyggerne. Samtidig er det usikkerhet omkring kompetanse som er påkrevd når rusarbeid også er inkludert i tjenestetilbudet. Det gjelder både hvilke faggrupper det er behov for og hvilken kompetanse de kommunalt ansatte bør og skal inneha.

Mange steder erfarer man at kommunene er kommet langt m.h.t. samhandlingsreformen innen området selv om den ikke gjelder ennå for psykisk helse- og rusfeltet. Dette forklares med det arbeidet som ble gjort og gjennomført i samband med Opptappingsplanen. I denne perioden fikk mange kommuner bygget opp tjenestene, og kommunene nådde i stor grad målene som var satt. Dette gav vekst i stillinger og kommunale prioriteringer ved at midlene var øremerkede. Rapporten finner at det skjedde en sterk vekst i årsvekstinnsatsen i perioden Opptappingsplanen varte frem til 2008. Fra da og til 2012 har veksten flatet ut. Rapporten viser at det er store variasjoner blant kommunene samtidig som det er dokumentert at det er behov for ytterligere opptapping. Dette er vanskelig å prioritere innenfor dagens økonomiske rammer. Basert på informasjon fra 127 kommuner har rapporten estimert et behov for 1780 nye årsverk. Samtidig har kommunene et stort fokus på kompetanseutvikling blant ansatte, og ønsker å ansette personer med bachelorgrad innen helse-, sosial- og velferdsutdanningene.

Kompetansen innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er høy. I tjenester til voksne over 18 år er 57 % av årsverkene besatt av personer med bachelorutdanning. Det er 45 % av disse som arbeider i tjenester knyttet til boliger, 21 % til hjemmetjenester og 19 % til behandling. Av de totale 57 % er det relativ lik fordeling rundt 50 % med og tilsvarende uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. Rapporten differensierer ikke på ulike grupper av høgscoleutdannet personell. Et estimat fra NSF vil være at 50 % av de med bachelorutdanning vil kunne være personer med sykepleierutdanning. Rapporten konkluderer med at det er relativt stabilt med marginale endringer i psykisk helse- og rustjenestene til voksne. Det gjelder årsverk, fordeling på ulike tiltak og utdanningsgrupper. Totalt sett går ressursinnsatsen noe ned. Mange kommuner opplever seg i et spenn mellom kortere behandlingstid i spesialisthelsetjenesten og økt etterspørsel etter de kommunale tjenestene. Økningen i antallet bemannede boliger er en illustrasjon på dette. Samtidig er man bekymret for tilbudene til barn og unge og forebyggingstjenester samlet sett. Det synes som om dette prioriteres ned av hensyn til å kunne imøtekomme de behov som voksne brukere har både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Spennet mellom tilbud om behandling og forebygging er en vanskelig nøtt å knekke for de fleste kommuner knyttet til ressurser som skal fordeles til mange aktiviteter.

Iversen og Folland (2014) beskriver i et arbeidsnotat hvordan utfordringene som er beskrevet på nasjonalt nivå over, er søkt håndtert i et interkommunalt samarbeid. Forfatterne har gjort en undersøkelse basert i Kommunenettverket i psykisk helsearbeid i Romsdalskommunene. Dette er et etablert samarbeid mellom 10 kommuner. I tillegg deltar representanter fra Høgskolen i Molde, spesialisthelsetjenesten og rådgiver for psykisk helse hos Fylkesmannen. Studien har fokusert hvordan de 10 kommunene organiserer og leder det psykiske helsearbeidet. Resultatene viser at de aktuelle kommunenes organisering og ledelse av psykisk helsearbeidet er i kontinuerlig endring. Dette skjer i samsvar med endringer ellers i kommunal organisering og ledelse. Endringene i det kommunale psykisk helsearbeidet reflekterer i liten grad bestemte råd eller mønstre fra statlige faginstanser. De er heller basert i lokale politiske, faglige og organisatoriske prosesser slik de vokser frem i den enkelte kommune – under innflytelse fra nasjonale og internasjonale trender og translasjoner. Følgende analysetemaer oppsummeres basert i studien: 1. Psykisk helsearbeid framstår som et tvetydig begrep, 2. Det er stor variasjon mellom kommunene i organisering, 3. Psykisk helsearbeid er utydelig og lite synlig i kommuneorganisasjonen, 4. Psykisk helsearbeid er preget av fragmentering, 5. Det er konkurrerende fagkulturer i feltet, 6. Interkommunalt

samarbeid vekker interesse, 7. Smådriftsfordeler framheves, 8. Ledelse av feltet knytter det fremdeles til helse og 9. Ressursene er under press (Iversen og Folland, 2014).

I SINTEF sin rapport «Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013 – Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon» (Ose & Kaspersen, 2015), konkluderes det med at selv om antall årsverk i kommunene er relativt stabilt på nasjonalt nivå, er trenden at stadig færre årsverk per innbygger går til psykisk helsearbeid. Befolkningsveksten følges ikke opp med flere årsverk. Når kommunene forventes både å skulle ta seg av pasienter som skrives ut av spesialisthelsetjenesten etter kort tid og samtidig lykkes i et systematisk forebyggingsarbeid, er det i dag for lite ressurser i kommunene til å møte disse forventningene. Organiseringen av tjenestene er utfordrende fordi hjelpen gis av ulike tjenester. Når kommunene oppretter egne team eller avdelinger til psykisk helse, ofte i kombinasjon med rustjenester, ser det ut til at målgruppen blir veldig stor og heterogen slik at kompetansebehovene blir store.

Samtidig er det slik at problematikken som mange sliter med er i skjæringspunktet mellom psykiske helseproblemer, sosiale problemer og ulike former for mestringsproblematikk. I noen kommuner beskrives tjenestene på en slik måte at det høres ut som sosiale tjenester heller enn psykiske helsetjenester. Rapporten peker på at dette kanskje er en god utvikling som tyder på at kommunene arbeider mer helhetlig. Faren er at tjenestene "vannes ut" på en slik måte at de med alvorlige psykiske helseproblemer ikke blir prioritert. Samtidig, å prioritere andre grupper, for eksempel ensomme barn, kan bety at kommunene dreier innsatsen mot forebyggende psykisk helsearbeid.

Rapporten beskriver en bekymring for de med alvorlige psykiske lidelser.

Spesialisthelsetjenesten tilbyr korttidsbehandling og poliklinisk behandling. Det er lite kunnskap om hvem som ikke klarer å nyttiggjøre seg dette tilbudet. Samtidig høres ofte fra kommunene at mennesker med alvorlige psykiske lidelser ikke får behandling i spesialisthelsetjenesten fordi de ikke antas å ha utbytte av behandlingen. Det er også flere kommuner som sier de vil prioritere brukere med rehabiliteringspotensial. Hvem som skal ta seg av mennesker med langvarige kroniske lidelser uten gode utsikter til bedring, er derfor et viktig tema å følge opp. Dersom pasienter med alvorlige psykiske lidelser ikke antas å ha utbytte av behandlingen i spesialisthelsetjenesten, bør fagfolk fra ulike tjenestenivå sette seg sammen for å finne ut hva denne pasienten kan ha utbytte av. Kanskje er det nye behandlingsmetoder som må tas i bruk, eller kanskje må kommunen og

spesialisthelsetjenesten i fellesskap utvikle noe nytt som pasienten har utbytte av på lang sikt. Aktivitetstiltak i kommunene for denne brukergruppen er alt for lite prioritert, men det er også store mangler på egnede botilbud. Det er særlig brukere med ROP-lidelser som trekkes frem når det gjelder mangel på boliger, og denne svake og ustabile brukergruppen er den gruppen kommunene oftest oppgir som dem som er vanskeligst å hjelpe. I tillegg til bolig, ser oppsøkende team som arbeider utenfor kontortid ut til å være et viktig enkelttiltak med stort potensial (Ose & Kaspersen, 2015, s.15-16).

Kapittel 3: Metodiske beskrivelser av den forskningsbaserte studien

3.1. Organisering av studien

Denne forskningsbaserte studien har vært gjennomført av Senter for psykisk helse og rus (SFPR), fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Prosjektansvarlig har vært dekan Heidi Kapstad og professor Bengt Karlsson, har hatt ansvar for å gjennomføre forskningsprosjektet i tråd med oppdraget. Studien er organisert som et samarbeidsprosjekt med NSF ved spesialrådgiver Svein Roald Schømer-Olsen og seniorrådgiver Jo Cranner. I tillegg har styret i NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (SPoR) vært en kompetansegruppe med hensyn til innspill til organisering og gjennomføring av studien.

3.2. Gjennomføring av studien

Arbeidet med studien har pågått siden 15. august 2014 og avsluttes med denne rapporten levert oppdragsgiver den 4. mai 2015. Siste halvdel av våren 2014 gikk med til å utforme kontrakt inneholdende problemstilling, forskningsspørsmål, metode for datasamling og skriftlig fremstilling av studiens resultater. Dette arbeidet skjedde i nært samarbeid med Norsk Sykepleierforbund, Fag- og helsepolitisk avdeling. Den 29. august ble det gjennomført et møte mellom prosjektleder og kompetansegruppen. Her ble det gitt informasjon om oppdraget, samt forventninger til evalueringens prosess og innhold avstemt, og den videre fremdriften for prosjektet ble fastsatt. Oppstartsmøtet var viktig for å avklare mandatet for evalueringen og for å skape en felles forståelse for hva oppdraget og gjennomføringen innebar. I det videre arbeidet ble studien presentert for kompetansegruppen som bidro vesentlig til utformingen av intervjuguidene både i den kvantitative delen og den kvalitative delen, samt rekruttering til den kvantitative delstudien. Datainnsamlingen foregikk i perioden 8. september til 4. desember 2014. Dataanalysen foregikk fra 11. desember til 1. april 2015. Foreløpige funn ble lagt fram for og diskutert med oppdragsgiver og med kompetansegruppa. Den endelige evalueringsrapporten ble overlevert oppdragsgiver som avtalt den 4. mai 2015 (se vedlegg 1. Gjennomføring av studien).

3.3. Metoder for dataskaping

Som følge av målsettingene for studien har det vært sentralt å frembringe systematisert og så konkret kunnskap som overhodet mulig. Vår metodologiske tilnærming til forskningssamarbeidet er gjort med dette for øye. Som tidligere nevnt ble på denne bakgrunn forskningsspørsmålene formulert slik:

1. Hva er sykepleieres rolle og funksjon i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid relatert til sykepleiefaglig tjenesteutvikling?

2. Hva er de spesifikke sykepleiefaglige bidragene i det tverrfaglige psykiske helse- og rusfeltet?

De overnevnte forskningsspørsmål gjorde at en triangulering av metoder ble valgt ved at en gjennomførte en kvantitativ og en kvalitativ delstudie. Datasamlingsmetodene i den kvantitative delstudie ble gjort gjennom et standardisert og nettbasert spørreskjema, og i den kvalitative delstudien gjennom bruk av fokusgruppeintervjuer. Både spørreskjemaer og intervjuguide til fokusgruppeintervjuet ble utarbeidet etter diskusjon i og med kompetansegruppen og testet gjennom en pilotstudie. Under de to følgende punktene kommer en konkretisering av hvordan vi har gått frem med hensyn til rekruttering, utvalg og dataskapingsmetoder. Til sist i dette kapitlet gjøres det rede for datanalysemetoder samt forskningsetiske refleksjoner.

3.4. Kvantitativ delstudie

Rekruttering og utvalgsbeskrivelse

I avtale med oppdragsgiver var vi enige om å rekruttere deltagere basert i medlemsregisteret til Norsk Sykepleierforbund (NSF). Organisasjonens medlemsregister kan ikke spesifikt angi hvilke medlemmer som arbeider med psykisk helse og rus i kommunal sektor. På denne bakgrunn ble forespørsel om å delta i studien sendt til ca. 26000 medlemmer den 10.11.2014. Via en lenke kunne man starte utfyllingen av skjema. Første spørsmål sorterte hvorvidt personen arbeidet med kommunalt psykisk helse- og rusarbeid eller ikke. Svarte man nei ble undersøkelsen avsluttet. Undersøkelsen ble purret etter 18 dager den 28.11.14., og ble forlenget med frist til 04.12.14. Invitasjonen som gikk ut fra NSF finnes i vedlegg 4. Samlet sett var det 1240 (N) som svarte på spørreundersøkelsen. NSF's faggruppe for sykepleiere innen psykisk helse og rus (SPoR) hadde på tidspunktet da invitasjonen til studien ble sendt ut ca. 1720 medlemmer. Det var ikke mulig å sende direkte til gruppens medlemmer en invitasjon til deltakelse. SPoR har en egen Facebookside hvor informasjon om studien og hvordan man kunne delta ble lagt ut som informasjon. Styret oppfordret aktuelle medlemmer til å delta.

Dataskapingsmetoder

Som nevnt over var dataskapingsmetoden i den kvantitative delstudien et strukturert spørreskjema som var tilgjengelig via lenke for aktuelle medlemmer av NSF. Spørreskjemaet er gjengitt i sin helhet i vedlegg 5., og var utviklet i dataprogrammet «Ealyzer».

Utvikling av kvantitativt spørreskjema

Spørreskjemaet er utviklet av denne rapportens forfattere og baserer seg på flere inspirasjonskilder:

Del A: Generell informasjon, Del B: Karakteristika ved ditt nåværende arbeidssted, Del C: Karakteristika ved din nåværende stilling, Del D: Karakteristika ved brukere din nåværende tjenestested og Del E: Gradering av ulike kliniske arbeidsmåter er basert i “The Standards of Practice for Psychiatric Mental Health Nursing” som er utgitt av det Amerikanske sykepleierforbundet (American Nurses Association) i 2014, samt «Scope and standards of practice: Psychiatric mental health nursing». 2nd ed. Silver Spring, MD. American Nurses Association.

Del F: Person- og recoveryorientert sykepleiepraksis i psykisk helse og/eller rus er basert i RSA – Ansattes versjon er en tilpasning av Recovery-Oriented Practice Questionnaire - Provider version, utviklet av O'Connell, Tondora, Croog, Evans & Davidson (2005), samt i Spørreskjemaet Personorientert planlegging av Tandora & Miller (2009), Yale Program for Recovery and Community Health.

Del G: Samarbeidende sykepleiepraksis er utviklet av H. S. Kim. Skjemaet er basert i grunnleggende elementer som inngår i modellen for samarbeidspraksis utarbeidet av Ness, Karlsson, Borg, Biong, McCormack, Sundet & Kim (2014).

Alle de overnevnte skjemaene er oversatt til norsk ved Senter for psykisk helse og rus (SFPR), Høgskolen i Buskerud og Vestfold (2014), i tråd med prosedyrer for oversettelse (Gjersing et al, 2010).

Referansegruppen og oppdragsgiver for studien har ved flere anledninger respondert på ulike utkast av spørreskjemaet samt oversettelser fra engelsk til norsk. I tillegg ble det laget en pilotstudie av det nestsiste utkastet til spørreskjemaet. Deltakerne var fem kvinner i aldersgruppen 35-55 år som alle hadde arbeidserfaring fra kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Tre var sykepleiere, en sosionom og en sosiolog. Følgende spørsmål ble stilt til deltakere som gjennomførte pilottestingen av det kvantitative spørreskjemaet:

Hvor lang tid tok det for deg å fylle ut spørreskjemaet?:

Tiden deltakerne brukte varierte fra 19 til 23 minutter med et snitt på 21 minutter.

Hvor vanskelig var det å fylle ut spørreskjemaet?:

Her svarte en Litt vanskelig, to Håndterbart og to Relativt enkelt.

Hva er ditt generelle inntrykk av spørreskjemaet?:

Tre svarte at det ble spurt om relevante forhold med min praksis, en svarte at det var godt tilpasset praksis og en opplevde at det var for mange spørsmål.

Er det noen spesielle spørsmål du vil anbefale å stryke?

De fem respondenter ville at tre spørsmål skulle strykes. Begrunnelsen for tre var at det var en gjentakelse av andre spørsmål, en oppfattet meningen som uklar og ville ha skrevet det annerledes, og en opplevde ett spørsmål kunne være vanskelig å svare på.

Tenkte du på å avbryte spørreskjemaet fordi den tok for lang?

Fire vurderte ikke dette mens en gjorde det.

Har du noen spesielle anbefalinger med hensyn til å revidere spørsmålene i skjemaet?

Ingen av deltakerne hadde forslag til revisjoner av spørreskjemaet. Deltakerne omtalte etter gjennomført pilotstudie at de hadde erfart at spørsmålene og gjennom utfyllingen av disse var bevisstgjørende for egen praksis. Det fikk deltakerne til å reflektere over egne arbeidsmåter og egen praksis. Spørsmålene fremsto som konsistente og sammenhengende. På bakgrunn av data fra pilotstudien ble spørreskjemaet endret en siste gang før det ble klargjort for elektronisk distribusjon den 10.11.14. i dataprogrammet «Enalyzer».

3.5. Kvalitativ delstudie

Rekruttering og utvalgsbeskrivelse

Det ble gjort et strategisk utvalg basert på de nivåer av kommunestørrelser som Statistisk Sentralbyrå opererer med. Denne inndelingen er i åtte kommunestørrelser: 1. 0-2000 innbyggere, 2. 2-5000, 3. 5-10.000, 4. 10-20.000, 5. 20-30.000, 6. 30-40.000, 7. 40-50.000 og 8. mer enn 50.000 innbyggere. Ønsket var at det skulle rekrutteres to kommuner fra hver av de ulike kommunestørrelsene. Selve rekruttering var også basert i at man ønsket å rekruttere deltakere fra alle landets fire regioner. Begge disse forholdene lyktes man med. Basert på disse kriteriene tok prosjektleder kontakt med NAPHA (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid) som har etablert regionale nettverk for landets kommuner basert i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Henvendelse om deltakelse ble sendt ut gjennom de regionale nettverkene. Deltakerne representerte alle utvalgs-kriteriene. Av praktiske grunner

måtte noen av intervjuene gjennomføres med deltakere fra ulike kommunestørrelser i en og samme fokusgruppe. Det er i alt gjennomført 12 fokusgruppeintervjuer.

Det totale antallet deltakere i fokusgruppeintervjuene er 56 (N), hvor 45 er kvinner og 11 er menn. Aldersgruppedelingen viser at fire sykepleiere er mellom 25-34 år, 17 stykker mellom 35-44 år, 21 mellom 45-54 år og 14 mellom 55 og 64 år. Fire av sykepleiere arbeidet i kommuner med 0-2000 innbyggere, det samme antallet i kommunestørrelser mellom 2-5000, 5-10.000, fem sykepleiere arbeidet i kommuner med 10-20.000 innbyggere, fem i kommuner med 20-30.000, fem i kommuner med 30-40.000 innbyggere og fem i kommuner med 40-50.000 innbyggere. De resterende 29 sykepleierne arbeidet i kommuner eller bydeler med mer enn 50.000 innbyggere.

Dataskapingsmetoder

Et kvalitativt fokusgruppeintervju har den fordelen at det gir god dybdeforståelse av fenomenet som skal studeres. Fokusgruppeintervjuer er en kvalitativ metode hvor en intervjuer personer om et gitt tema (Putch & Potter, 2004). Målet med intervjuet er å bringe frem deltakernes oppfatninger, følelser, holdninger og ideer om et utvalgt tema. Den typen intervju egner seg særskilt til å få frem dyptgående informasjon, slik som personers erfaringer, meninger, holdninger, ønsker og bekymringer (Barbour & Kitzinger, 1999; Lerdal & Karlsson, 2008). Denne metodiske tilnærmingen er enkel å gjennomføre sammenlignet med andre metoder fordi datainnsamlingen skjer over kort tid og metoden gir raske resultater. På dette grunnlaget er metoden hensiktsmessig å bruke i denne evalueringen. To fordeler fremheves ofte vedrørende bruken av fokusgruppe. For det første at gruppedynamikken som oppstår mellom deltakerne gjerne skaper et bredere omfang av ideer enn i et individuelt intervju, blant annet gjennom interaksjonen mellom gruppedeltakerne (Wibeck, 2000). For det andre at moderators rolle er minimal. En moderators rolle er å rettlede diskusjonen delvis basert på det som blir sagt, og skal til en viss grad være engasjert i diskusjonen, men likevel ikke delta aktivt (Barbour & Kitzinger, 1999). Minimal påvirkning muliggjør at deltakerne i større grad får formulere egne meninger og oppfatninger. Ut fra litteratur om fokusgrupper er det vurdert at grupper på seks til åtte deltakere ville være passende (Lerdal og Karlsson, 2008; Puchta Potter, 2004).

Utvikling av kvalitativ intervjuguide

For å kunne utvikle en kvalitativ intervjuguide ble det gjort et fokusgruppeintervju med en gruppe på åtte sykepleiere i en østlandskommune med over 50.000 innbyggere. Sykepleierne arbeider alle med personer som sliter med psykisk helse- og/eller rusvansker. Det var et

spørsmål for intervjuet: «Basert i forskningsspørsmålene for denne studien; hva ville være viktig å spørre sykepleiere som arbeider i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid om?». Intervju ble tatt opp på bånd, transkribert og lest av førsteforfatter i den hensikt å utvikle temaer for intervjuguide. Et forslag til intervjuguide ble forelagt kompetansegruppen i utskrevet form. Det ble gjort tre innholdsmessige endringer og noen flere av mer språklig karakter. I Vedlegg 3. sees den endelige intervjuguiden som er brukt i de 12 fokusgruppeintervjuene.

Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Alle intervjuene er gjennomført i de respektive kommune hvor deltakerne arbeider til daglig. Det førsteforfatter som har gjennomført alle intervjuene. Det ble lagt vekt på å skape en åpen og fri stemning som inviterte deltakerne til å fortelle om sine ulike erfaringer, samt å bruke dynamikken i gruppen til å gå i dybden på de temaene som ble diskutert og for å få fram nyanser i erfaringene. I gjennomsnitt tok de ulike fokusgruppeintervjuene 2 timer. Antallet deltakere har variert fra 2 deltakere til 12 med et gjennomsnitt på 8 deltakere. Som alltid i en intervjustudie er det en del frafall grunnet sykdom og påtrengende arbeidsoppgaver.

3.6. Metoder for dataanalyse

Kvantitativ analyse

Analysen av de kvalitative dataene ble bearbeidet gjennom statistisk, deskriptiv analyse. Den ikke-parametriske testingen ble gjort ved bruk av IBM SPSS Statistikk Versjon 22. De kvantitative funnene fremstilles i ulike tabeller under hovedoverskriftene: A: Generell informasjon, B: Karakteristika ved nåværende arbeidssted, C: Karakteristika ved nåværende stilling, D: Karakteristika ved brukere av nåværende tjenestested, E: Gradering av ulike kliniske arbeidsmåter, F: Person- og recoveryorientert sykepleiepraksis i psykisk helse og/eller rus og G: Samarbeidende sykepleiepraksis

Kvalitativ analyse

Antallet sider transkribert tekst i gjennomsnitt pr. intervju er på 26 sider, varierende fra 21 til 32 sider. Det totale antallet sider transkribert tekst er 312. Analysen av data fra de 12 fokusgruppeintervjuene er gjort ved hjelp av en hermeneutisk innholdsanalyse (Barbosa da Silva, 1996; Kvale og Brinkmann 2009; Karlsson, 2011b), og ble gjort som følger: Helheten i analysearbeidet representerer i alt fem *faser*, der forskeren har benyttet seg av en hermeneutisk innholdsanalyse i fire *trinn*. De fire trinnene i den hermeneutiske innholdsanalysen ble brukt i *hver fase* til og med fase 4:

Etter intervjuene var gjort, ble de transkriberte tekstene først lest av prosjektleder flere ganger hver for seg for å få et helhetsinntrykk av samtalens innhold (Fase 1). Alle tekstene ble lest enkeltvis. Det ble gjort fortløpende markeringer i margen med spørsmål til tekstens innhold og mulige mening og hvilke temaer som preliminært kunne identifiseres og kondenseres. Forskeren gjennomførte så en tentativ analyse av tekstene hver for seg, og på bakgrunn av denne analysen en samlet tematisering av de meningsdannende enhetene. Både konsensus- og minoritetsoppfatninger ble søkt belyst (Kvale og Brinkmann, 2009). De meningsbærende enhetene i hvert enkelt intervju ble sett i relasjon til hverandre og kodet jfr områdene for studien (Fase 2). Kodene ble abstrahert til sentrale kodegrupper som kom frem i materialet i form av en tentativ analyse som ble presentert for to forskerkolleger (Fase 3). Utgangspunktet var de identifiserte meningsenhetene som var forankret i sitater fra deltakernes og ansattes utsagn. Forskerkollegaene hadde også gjort en foreløpig analyse av to forskjellige intervjuer de leste. Førsteforfatter gjorde så en helhetlig og sammenfattende analyse og tolking av funnene i fase 4. Her ble det gjort en felles og samlet vurdering av de foreløpige analysene sett i relasjon til hverandre. Alle de tre tentative analysene ble da lest på nytt for å kunne gi et helhetsinntrykk og deretter bli sammenlignet med hverandre i relasjon til fellestrekk, forskjeller, mønstre og variasjon. Både konsensus- og minoritetsoppfatninger ble søkt belyst (Barbosa da Silva, 1996; Kvale og Brinkmann 2009; Karlsson, 2011b). De endelige funnene presenteres skriftlig i denne rapporten i en fase 5.

Skjematisk kan den fortolkende innholdsanalyse i fire trinn beskrives slik i sine i alt fem faser:

Fase 1: Analyse av fokusgruppeintervju 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 og 12 – hver for seg

Fase 2: Preliminær analyse av alle de 12 intervjuene samlet

Fase 3: Den foreløpige analysen presentert for to forskerkolleger og deres foreløpige analyser av fire intervjuer

Fase 4: Helhetlig og avsluttende analyse og tolkning av funn

Fase 5: Presentasjon av funn i skriftlig rapport.

Fremstillingen av de kvalitative gjøres i form av tre hovedtemaer: 1. Sykepleiernes funksjoner og handlinger med seks undertemaer, 2. Faglige forståelser og holdninger med fem undertemaer og 3. System- organisasjonsbetingelser med i alt fem undertemaer.

3.7. Forskningsetiske refleksjoner

I den kvantitative delstudien var det ikke nødvendig å be deltakerne om skriftlig samtykke. Dette fordi det kvalitative spørreskjemaet ikke inneholder noen form for personopplysninger og deltakerne er rekruttert gjennom medlemsregisteret i Norsk Sykepleierforbund. Den kvalitative delstudien ble meldt personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Heller ikke denne studien inneholder identifiserbare personopplysninger. Alle deltakerne ble informert om studiens bakgrunn og hensikt via det skriftlige informasjonsmaterialet og gjennom muntlig informasjon fra den kontaktpersonen som søkte å rekruttere dem til å delta i studien. Det ble skriftlig redegjort for hva det innebar å være med i studien, at deltakelse var frivillig basert og at deltakerne kunne trekke seg på ethvert tidspunkt og be om at deres opplysninger i så fall ble slettet. Rapporten er skrevet på en måte som ivaretar deltakernes anonymitet. Det ble informert om at data fra studien vil bli slettet ved prosjektslutt, og at studien var finansiert av Norsk Sykepleierforbund. Det ble innhentet skriftlig godkjenning før intervjuet startet. Forskeren gjentok muntlig ved intervjuets begynnelse hva det innebar å være med i studien, at deltakelse var frivillig basert og at man kunne trekke seg på ethvert tidspunkt og be om at deres opplysninger i så fall ble slettet.

Kapittel 4: Presentasjon av funn

I dette kapittelet vil vi presentere funnene fra både den kvantitative og den kvalitative datainnsamlingen. Vi starter med å presentere de kvantitative funnene som er basert på den elektroniske spørreundersøkelsen. Deretter følger en presentasjon av funnene i den kvalitative studien som er basert på funnene fra de 12 fokusgruppeintervjuene.

4.1 Kvantitative funn

Generell informasjon

De kvantitative funnene fremstilles i ulike tabeller under hovedoverskriftene: A: Generell informasjon, B: Karakteristika ved nåværende arbeidssted, C: Karakteristika ved nåværende stilling, D: Karakteristika ved brukere av nåværende tjenestested, E: Gradering av ulike kliniske arbeidsmåter, F: Person- og recoveryorientert sykepleiepraksis og G: Samarbeidende sykepleiepraksis

Som tidligere nevnt består antall respondenter av totalt 1240 sykepleiere (N). Tabell 1 (neste side) viser fordelingen av respondenter i forhold til alder, kjønn, utdanningsnivå, ansettelse i heltid eller deltid og starttidspunkt i nåværende stilling. Som forventet består gruppen av hovedsakelig kvinner (88.6%), sykepleiere med ulike videreutdanninger (71.6%), og av de som arbeider heltid (68.8%). Omtrent halvparten av gruppen (49.2%) har arbeidet i nåværende stilling mer enn 5 år. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller i kjønnsfordeling relater til aldersgruppe og utdanningsnivå som vist i tabell 2. Tabell 3 viser fordelingen mellom aldersgruppe og utdanningsnivå. Sammenliknet med yngre aldersgrupper, hadde de som er født i 1960 eller tidligere, høyere utdanningsnivå i form av videre- eller masterutdanninger (87.9%) Tallet var 55.8% for de som var født i 1979 eller senere.

Tabell 1. Demografiske data

Variabler	N (Total N = 1240)	%
Alder (Fødselsår)		
1959 og tidligere	284	22.9
1960 til 1969	370	29.8
1970 til 1979	340	27.4
1980 og senere	246	19.8
Totalt	1240	100.0
Kjønn		
Kvinne	141	11.4
Mann	1099	88.6
Totalt	1240	100.0
Utdanningsnivå		
Grunnutdanning/Bachelor	352	28.4
Videreutdanning	822	66.3
Master/Hovedfag	66	5.3
Totalt	1240	100.0
Heltids- eller deltidsstilling		
Heltid	853	68.8
Deltid	387	31.2
Totalt	1240	100.0
Når startet du i nåværende stilling?		
Før 2000	123	9.9
2000-2004	156	12.6
2005-2009	331	26.7
2010-2011	212	17.1
2012-2013	283	22.8
2014	135	10.9
Totalt	1240	100.0

Tabell 2. Kjønnfordeling relater til aldersgruppe og utdanningsnivå

Variabler	Kjønn		Totalt	N (%)
	Mann N (%)	Kvinne N (%)		
Aldersgruppe				
1959 og tidligere	25 (17.7)	259 (23.6)	284	(22.9)
1960 til 1969	50 (35.5)	320 (29.1)	370	(30.2)
1970 til 1979	43 (30.5)	297 (27.0)	340	(27.8)
1980 og seinere	23 (16.3)	223 (20.3)	246	(20.1)
Totalt	141 (100.0)	1099 (100.0)	1224	(100.0)
	(11.4)	(88.6)		(100.0)
$\chi^2 = 5.091$ (df= 3; p > .05)				
Utdanningsnivå				
Grunnutdanning/Bachelor	38 (27.0)	314 (28.6)	352	(28.4)
Videreutdanning	95 (67.4)	727 (66.2)	822	(66.3)
Master/Hovedfag	8 (5.7)	58 (5.3)	66	(5.3)
Totalt	141 (100.0)	1099 (100.0)	1240	(100.0)
	(11.4)	(88.6)		(100.0)
$\chi^2 = 0.181$ (df=2; p > .05)				

*p signifikant ved .05; **p signifikant ved .01

Tabell 3. Fordeling av aldersgruppe og utdanningsnivå

Variabler	Utdanningsnivå						Totalt	
	Grunn- utdanning		Videre- utdanning		Master/Hovedfag		N	(%)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Aldersgruppe								
1959 og tidligere	33	(11.6)	231	(81.31)	20	(7.0)	268	(21.9)
1960 til 1969	60	(16.2)	283	(76.5)	27	(7.3)	370	(30.2)
1970 til 1979	103	(30.3)	222	(65.3)	15	(4.4)	340	(27.8)
1980 og senere	156	(63.4)	86	(35.0)	4	(1.6)	246	(20.1)
Totalt	352	(28.4)	822	(66.3)	66	(5.3)	1224	(100.0)
$\chi^2 = 217.311^{**}$ ($df = 6$; $p < .001$)								

*p signifikant ved .05; **p signifikant ved .01

Tabell 4 viser fordeling av antall år med ulik klinisk sykepleierfaring blant respondentene. Hovedtyngden (85.6 %) hadde mer enn 5 års erfaring fra generelle sykepleie. Bare 20 % hadde erfaring fra psykiatrisk sykepleie i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende hadde 55 % av sykepleierne mer enn 5 års erfaring fra kommunehelsetjenesten. Samtidig hadde nesten 2/3 av gruppen mindre enn ett års erfaring fra rustjenester, og bare 10 % hadde mer enn fem års erfaring med denne målgruppen. Tabell 5 A viser fordelingen mellom antall år med klinisk erfaring og kjønn. Tabellen indikerer at der er signifikante forskjeller mellom kjønn relatert til arbeidserfaring fra psykiatrisk sykepleie i spesialisthelsetjenesten og rustjenester. En høyere andel av mannlige sykepleiere enn kvinnelige hadde erfaring fra psykiatrisk sykepleie i spesialisthelsetjenesten (16 % versus 11 % med mer enn fem års erfaring) og fra psykiatrisk sykepleie i rustjenester (33 % versus 18 % med lenger enn fem års erfaring). Fordelingen var statistisk signifikant for alle grupper av klinisk sykepleierfaring bortsett fra sykepleie i andre helsetjenester.

Tabell 4. Fordeling av antall år med klinisk erfaring

	Antall års erfaring som sykepleier					Totalt
	Under 1 år N (%)	1 – 5 år N (%)	5 - 9 år N (%)	10 - 14 år N (%)	15 år og mer N (%)	
Generell sykepleie	28 (2.3)	151 (12.2)	191(15.4)	250 20.2)	62 (50.0)	1240 (100.0)
Sykepleie i psykisk helse i spesialisthelsetjenesten	753 (60.7)	239 (19.3)	120 (9.7)	88 (7.1)	40 (3.2)	1240 (100.0)
Sykepleie i psykisk helse i kommunehelsetjenesten	125 (10.1)	429 (34.6)	310(25.0)	205 (16.5)	171 (13.8)	1240 (100.0)
Sykepleie i psykisk helse i rustjenester	848 (68.4)	250 (20.2)	80 (6.5)	37 (3.0)	25 (2.0)	1240 (100.0)
Sykepleie i andre helsetjenester	644 (51.9)	272 (21.9)	118 (9.5)	88 (7.1)	118 (9.5)	1240 (100.0)

Tabell 5 A. Fordeling av antall år med klinisk erfaring og kjønn

Variabler	Kjønn				Totalt	
	Mann		Kvinne		N	(%)
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Antall års erfaring som sykepleier						
Under 1 år	8	(5.7)	20	(1.8)	28	(2.3)
1-5 år	15	(10.6)	136	(12.4)	151	(12.2)
5-9 år	29	(20.6)	162	(14.7)	191	(15.4)
10-14 år	33	(23.4)	217	(19.7)	250	(20.2)
15 år eller mer	56	(39.7)	564	(51.3)	620	(50.0)
Totalt	141	(100.0)	1099	(100.0)	1240	(100.0)
		(11.4)		(88.6)		(100.0)
$\chi^2 = 15.479^{**}$ ($df= 4$; $p = .004$)						
Antall års erfaring som sykepleier i spesialisthelsetjenesten						
Under 1 år	62	(44.0)	691	(62.9)	753	(60.7)
1-5 år	33	(23.4)	206	(18.7)	239	(19.3)
5-9 år	24	(17.0)	96	(8.7)	120	(9.7)
10-14 år	14	(9.9)	74	(6.7)	88	(7.1)
15 år eller mer	8	(5.7)	32	(2.9)	40	(3.2)
Totalt	141	(100.0)	1099	(100.0)	1240	(100.0)
		(11.4)		(88.6)		(100.0)
$\chi^2 = 22.382^{**}$ ($df= 4$; $p < .001$)						
Antall års erfaring som sykepleier i kommunehelsetjenesten						
Under 1 år	16	(11.3)	109	(9.9)	125	(10.1)
1-5 år	49	(34.8)	380	(34.6)	429	(34.6)
5-9 år	36	(25.5)	274	(24.9)	310	(25.0)
10-14 år	21	(14.9)	184	(16.7)	205	(16.5)
15 år eller mer	19	(11.1)	152	(13.8)	171	(13.8)
Totalt	141	(100.0)	1099	(100.0)	1240	(100.0)
		(11.4)		(88.6)		(100.0)
$\chi^2 = 0.542$ ($df= 4$; $p > .05$)						
Antall års erfaring som sykepleier i rustjenester						
Under 1 år	79	(56.0)	769	(70.0)	848	(68.4)
1-5 år	39	(27.7)	211	(19.2)	250	(20.2)
5-9 år	15	(10.6)	65	(5.9)	80	(6.5)
10-14 år	5	(3.5)	32	(2.9)	37	(3.0)
15 år eller mer	3	(2.1)	22	(2.0)	25	(2.0)
Totalt	141	(100.0)	1099	(100.0)	1240	(100.0)
		(11.4)		(88.6)		(100.0)
$\chi^2 = 12.490^*$ ($df= 4$; $p = .014$)						
Antall års erfaring som sykepleier i andre helsetjenester						
Under 1 år	78	(55.3)	566	(51.5)	644	(51.9)
1-5 år	39	(27.7)	233	(21.2)	272	(21.9)
5-9 år	13	(9.2)	105	(9.6)	118	(9.5)
10-14 år	5	(3.5)	83	(7.6)	88	(7.1)
15 år eller mer	6	(4.3)	112	(10.2)	118	(9.5)
Totalt	141	(100.0)	1099	(100.0)	1240	(100.0)
		(11.4)		(88.6)		(100.0)
$\chi^2 = 10.195^*$ ($df= 4$; $p = .037$)						

*p signifikant ved .05; **p signifikant ved .01

Tabell 5 B. Fordeling av utdanningsnivå og tjenesteområde.

Utdanningsnivå	Tjenesteområder			TOTALT
	Generelle helsetjenester (GHT)	Psykisk helse og/eller rustjenester (PHR)	Skolehelsetjenester (SHT)	
Grunnutdanning/ Bachelor	195 (44.8%)	146 (20.8%)	11 (10.5%)	353 (28.4%)
Videreutdanning	218 (50.1%)	517 (73.9%)	87 (82.9%)	822 (66.3%)
Mastergrad	22 (5.1%)	37 (5.3%)	7 (6.7%)	66 (5.3%)
TOTALT	435 (100.0) (35.1%)	700 (100.0) (56.5%)	105 (100.0) (8.5%)	1240

$\chi^2 = 95.245$; $df = 4$; $p < .001$

Tabell 5 B viser at hovedtyngden av sykepleiere i psykisk helse- og rustjenestene og skolehelsetjenestene hadde en eller annen form for videreutdanning. Sykepleierne i generelle helsetjenester fordelt seg cirka halvparten med grunn- og bachelorutdanning og den andre halvparten med en form for videreutdanning. Sykepleiere som hadde en masterutdanning fordelte seg rimelig likt i alle de tre tjenesteområdene.

Karakteristika ved nåværende arbeidssted

Tabell 6 (neste side) viser fordelingen av karakteristika ved respondentenes nåværende arbeidssted og praksis. Arbeidsteder og praksiser viser stor grad av mangfold og variasjon fra generelle helsetjenester inkludert hjemmebasert sykepleie, skolehelsetjenester og forbyggende arbeid som til sammen utgjør 41 % av det totale. Mer enn halvparten av sykepleierne (56.5 %) arbeidet i praksiser som primært tilbød psykisk helse- og/eller rustjenester. Samtidig ble de sistnevnte tjenestetilbudene primært gitt i hjemmet (30 %). Rundt 40 % bli gitt i kombinerte kontekster. De fleste tjenestetilbudene ble gitt i fem ukedager (40.6 %) eller på alle seks ukedager (45 %). Omkring halvparten av tilbudene ble bare gitt på dagtid i fem ukedager. Omtrent en tredjedel av tilbudene ble gitt i kommuner med mindre enn 10.000 innbyggere.

Tabell 6. Karakteristika ved nåværende arbeidssted

Variabler	N (Total 1240)	%
Hva slags tjeneste er ditt nåværende arbeidssted?		
Hjemmesykepleie inkl. psykisk helse og/eller rus	306	24.7
Egen psykisk helsetjeneste	276	22.3
Både psykisk helse- og rustjeneste	366	29.5
Bare rustjeneste	58	4.7
Skolehelsetjeneste	105	8.5
Generell helsetjeneste	100	8.1
Annet	29	2.3
Totalt	1240	100.0
Hvor gis tjenesten?		
Hjemmebasert	374	30.2
Dagsenter	66	5.3
Poliklinisk	56	4.5
En kombinasjon	495	39.9
Institusjon	145	11.7
Skole	69	5.6
Annet	35	2.8
Totalt	1240	100.0
Hvor omfattende er tjenestetilbudet?		
Noen ukedager - begrenset	162	13.1
Alle hverdager	504	40.6
Hverdager og lørdager	16	1.3
Alle dager	558	45.0
Totalt	1240	100.0
Hva er åpningstidene ved tjenestetilbudet?		
Bare dagtid i ukedagene	555	44.8
Dag- og kveldstid i ukedagene	88	7.1
Dag- og kveldstid i ukedagene og dagtid i helgene	57	4.6
24 timer i ukedagene og dagtid i helgene	26	2.1
24 timer alle dager	11	.9
Annet	493	39.8
Frafall	10	.8
Totalt	1240	100.0
Antall innbyggere i opptaksområdet for tjenestetilbudet		
Under 5-000	207	16.7
5.000 – 10.000	208	16.8
10.000 – 30.000	330	26.6
30.000 – 50.000	145	11.7
Over 50.000	217	17.5
Frafall	133	10.7
Totalt	1240	100.0

Tabell 7 viser hvilke andre profesjoner som er ved det aktuelle tjenestestedet og hvilke henvisningsinstanser som bruker stedet. Resultatene viser at ved alle tjenestestedene arbeider andre og varierte yrkesgrupper i tillegg til sykepleierne. Bare ved en femtedel av stedene arbeider det en psykolog, og i litt mer en tredjedel arbeider det en lege sammen med sykepleierne. En mer detaljert dataanalyse viser at bare 144 tjenestesteder (11.6 %) hadde både en psykolog og en lege, og at 687 steder (55.4 %) hadde hverken psykolog eller lege. I forhold til henvisningsinstanser hadde ca. 30 % av tjenestestedene ikke mottatt henvisning fra brukerne selv eller deres familier eller venner.

Tabell 7. Andre profesjoner ved det aktuelle tjenestestedet og henvisningsinstanser

Andre profesjoner ved det aktuelle tjenestestedet			
Hvilke profesjoner	Ja	Nei	Totalt
Psykolog	240 (19.4)	1000 (80.6)	1240
Lege	457 (36.9)	763 (63.1)	1240
Sosionom/barnevernspedagog	544 (43.9)	696 (56.1)	1240
Ergoterapeut	378 (30.5)	862 (69.2)	1240
Fysioterapeut	418 (33.7)	822 (66.3)	1240
Vernepleier	602 (48.5)	638 (51.5)	1240
Helsefagarbeider/hjelpepleier	856 (69.0)	384 (31.0)	1240
Andre	332 (26.8)	908 (73.2)	1240
Hvem henviser til tjenestestedet?			
Selv/Familie/Venner	861 (69.4)	379 (30.6)	1240
Fastlege	925 (74.6)	315 (25.4)	1240
Psykiater/psykologspesialist	606 (48.9)	634 (51.1)	1240
Annet helsefagligpersonell	574 (46.3)	666 (53.7)	1240
Spesialisthelsetjenesten	804 (64.8)	436 (35.2)	1240
Legevakt/AMK	317 (25.6)	923 (74.4)	1240

Tabell 8 vises fordelingen av antall års erfaring i psykisk helse- og rusarbeid og respondentenes nåværende stilling. Resultatene viser at sykepleiere med mer enn ett års erfaring i spesialisthelsetjenesten hadde større grad av sannsynlighet til å arbeide i psykisk helsearbeid uten rusarbeid. De med ti års erfaring fra kommunehelsetjenesten hadde større

grad av sannsynlighet til å arbeide i psykisk helse- og rusarbeid, sammenlignet med den første gruppen. De med mindre enn ett års erfaring fra kommunehelsetjenesten hadde større sannsynlighet for å arbeide i hjemmebaserte tjenester. I tillegg hadde de med erfaring fra rusarbeid større sannsynlighet for å arbeide i enten psykisk helse- og rusarbeid eller utelukkende med rusarbeid. Antall år med erfaring fra andre områder av psykisk helsearbeid ser ikke ut til å utgjøre noen forskjell relatert til hvilke tjenester sykepleierne arbeider i.

Tabell 8. Fordeling av antall års erfaring i psykisk helse- og rusarbeid og nåværende stilling

Variabler	Tjenestetilbud							Totalt
	HS	PHB	PH&R	RB	SH	GH	AS	
Antall års erfaring som sykepleier i spesialisthelsetjenesten								
< 1 år	222 (29.5)	140 (18.6)	191 (25.4)	32 (4.2)	78 (10.4)	71 (9.40)	19 (2.5)	753 (60.7)
1-5 år	58 (24.3)	63 (26.4)	81 (33.9)	10 (4.2)	10 (4.2)	13 (5.4)	4 (1.7)	239 (19.3)
5-9 år	14 (11.7)	33 (27.5)	40 (33.3)	11 (9.2)	8 (6.7)	9 (7.5)	5 (4.2)	120 (9.7)
10-14 år	8 (9.1)	26 (29.5)	39 (44.3)	4 (4.5)	6 (6.8)	5 (5.7)	0 (-)	88 (7.1)
>15 år	4 (10.0)	14 (35.0)	15 (37.5)	1 (2.5)	3 (7.5)	2 (5.0)	1 (2.5)	40 (3.2)
Totalt	306 (24.7)	276 (22.3)	366 (29.5)	58 (4.7)	105 (8.5)	100 (8.1)	29 (2.3)	1240 (100.0)
$\chi^2 = 78.628^{**}$ ($df = 24$; $p < .001$)								
Antall års erfaring som sykepleier i kommunehelsetjenesten								
< 1 år	54 (43.2)	23 (18.4)	22 (17.6)	8 (6.4)	9 (7.2)	6 (6.8)	3 (2.4)	125 (10.1)
1-5 år	114 (26.6)	101 (23.5)	124 (28.9)	29 (6.8)	20 (4.7)	30 (7.0)	11 (2.6)	429 (34.6)
5-9 år	76 (24.5)	71 (22.9)	91 (29.4)	11 (3.5)	23 (7.4)	33 (10.6)	5 (1.5)	310 (25.0)
10-14 år	33 (16.1)	46 (22.4)	73 (35.6)	4 (2.0)	26 (12.7)	18 (8.8)	5 (2.4)	205 (16.5)
>15 år	29 (17.0)	35 (20.5)	56 (32.7)	6 (3.5)	27 (15.8)	13 (7.6)	5 (2.9)	171 (13.8)
Totalt	306 (24.7)	276 (22.3)	366 (29.5)	58 (4.7)	105 (8.5)	100 (8.1)	29 (2.3)	1240 (100.0)
$\chi^2 = 77.494^{**}$ ($df = 24$; $p < .001$)								
Antall års erfaring som sykepleier i rustjenester								
< 1 år	249 (29.4)	214 (25.2)	175 (20.6)	17 (2.0)	94 (11.1)	76 (9.0)	23 (2.7)	848 (68.4)
1-5 år	42 (16.8)	39 (15.6)	121 (48.4)	25 (10.0)	8 (3.2)	11 (4.4)	4 (1.6)	250 (20.2)
5-9 år	10 (12.5)	14 (17.5)	38 (47.5)	6 (7.5)	2 (2.5)	9 (11.3)	1 (1.3)	80 (6.5)
10-14 år	3 (8.0)	5 (13.5)	21 (56.8)	6 (16.2)	0 (-)	2 (5.4)	0 (-)	37 (3.0)
>15 år	2 (0.7)	4 (16.0)	11 (44.0)	4 (16.0)	1 (4.0)	2 (280)	1 (4.0)	25 (2.0)
Totalt	306 (24.7)	276 (22.3)	366 (29.5)	58 (4.7)	105 (8.5)	100 (8.1)	29 (2.3)	1240 (100.0)
$\chi^2 = 187.130^{**}$ ($df = 24$; $p < .001$)								

Antall års erfaring som sykepleier i andre helsetjenester								
< 1 år	182 (28.3)	140 (21.7)	182 (28.3)	32 (5.0)	52 (8.1)	42 (6.5)	14 (2.2)	644 (51.9)
1-5 år	55 (20.2)	73 (26.8)	81 (29.8)	16 (5.9)	20 (7.4)	22 (8.1)	5 (1.8)	272 (21.9)
5-9 år	22 (18.6)	22 (18.6)	38 (32.2)	6 (5.1)	11 (9.3)	15 (12.7)	4 (3.4)	118 (9.5)
10-14 år	24 (27.3)	19 (21.6)	22 (25.0)	2 (2.3)	11 (12.5)	6 (6.8)	4 (4.5)	88 (7.1)
>15 år	23 (19.5)	22 (18.6)	43 (36.4)	2 (1.7)	11 (9.3)	15 (12.7)	2 (1.7)	118 (9.5)
Totalt	306 (24.7)	276 (22.3)	366 (29.5)	58 (4.7)	105 (8.5)	100 (8.1)	29 (2.3)	1240 (100.0)
$\chi^2 = 34.116$ (df= 24; p = .083)								

Forkortelser: HS (Hjemmesykepleie); PHB (Psykisk helsearbeid Bare); PH&R (Psykisk helse- og rusarbeid); RB (Rusarbeid Bare); SH (Skolehelsetjeneste); GH (Generelle helsetjenester); AS (Andre sykepleietjenester)

*p signifikant ved .05; **p signifikant ved .01

Karakteristika ved nåværende stilling

Tabell 9 A (neste side) viser til hvilken stillingsbetegnelse sykepleierne var ansatt i gitt tidspunktet for undersøkelsen. Svarkategorien var åpen slik at en inndelte ved analysen i tre hovedkategorier: 1. Kliniske stillinger med underkategoriene: A. Offentlig godkjente sykepleier, B. Psykiatriske sykepleier/psykiske helsearbeider og C. Helsesøster. Andre hovedkategori var Lederstillinger med følgende underkategorier: A. Enhetsleder, B. Fagleder og C. Tjenesteleder. Siste hovedkategori var Faglige stillinger som: A. Veileder, B. Konsulent og C. Rådgiver. Tabellen viser at hovedtyngden (81.6 %) av sykepleierne som har deltatt i spørreundersøkelsen (N=1240) er ansatt i kliniske stillinger. Hoveddelen i stilling som Off. godkjente sykepleier (46.8 %), 26.5 % som psykiatriske sykepleier/psykisk helsearbeider og 8.3 % som helsesøster. Andelen respondenter som er i lederstillinger som enhets-, fag- eller tjenesteleder utgjør 13.7 %. Til sist er 4.7 % ansatt i faglige stillinger som veileder, rådgiver eller konsulent.

Tabell 9 A Fordeling av stillingsbetegnelser

Kategorier	N (Total N = 1240)	%
Kliniske stillinger		
Off. godkjent sykepleier	580	46.8
Psyk.spl./Psykisk helsearbeider	329	26.5
Helsesøster	103	8.3
Total	1012	81.6
Lederstillinger		
Enhetsleder	78	6.3
Fagleder	80	6.4
Tjenesteleder	12	1.0
Total	170	13.7
Faglige stillinger		
Veileder	15	1.2
Konsulent	39	3.2
Rådgiver	4	0.3
Total	58	4.7
Total	1240	100.0

Tabell 9 B viser at nesten to tredjedeler av sykepleierne praktiserer i integrert individuelt- og teamarbeid og samtidig arbeider i en klinisk sammenheng hvor individuelt- og teamarbeid er integrert i tjenestetilbudet. Bare litt under halvparten av sykepleierne utvikler behandlings- og/eller individuelle planer i samarbeid med brukere.

Tabell 9 B. Fordeling av ulike kliniske praksiser

Variabler	N (Total N = 1240)	%
Hvilke kliniske praksiser benytter du i din stilling?		
Individuelt arbeid	254	20.5
Teamarbeid	138	11.1
Integrert arbeid med kombinasjon av begge	848	68.4
Totalt	1240	100.0
Lages behandlingsplan og/eller individuell plan sammen med bruker?		
Ja	699	56.4
Nei	541	43.6
Totalt	1240	100.0

Tabell 10 A gir en oversikt over fordelingen av ulike kliniske arbeidsmåter blant sykepleierne. Tabellen viser at den fremste arbeidsmåten er direkte klinisk arbeid (86.8 %), fulgt av møter med andre relatert til tilbudet til bruker (64.3 %), og deretter dokumentasjon av klinisk arbeid (50.1 %). Det var også sykepleiere som ikke arbeidet i direkte klinisk arbeid (13.2%). En mer detaljert analyse av data viser at 316 sykepleiere (25.2 %) opplevde at kombinasjonen av de tre nevnte arbeidsmåter var den viktigste arbeidsmåten. 129 sykepleiere (10.4 %) opplevde at

kombinasjonen av direkte klinisk arbeid, møter med andre, dokumentasjon og arbeid med inntak- og vurderingssamtaler var den sentrale arbeidsmåten. 116 sykepleiere (9.4 %) anså at kombinasjonen av direkte klinisk arbeid, møter med andre, og administrasjon var viktigste arbeidsmåte, og 102 sykepleiere (8.2 %) vurderte kombinasjonen av direkte klinisk arbeid, møter med andre, og veiledning og undervisning som deres sentrale arbeidsmåte. Dette innebærer at totalt var 53.5 % av sykepleierne i sin praksis utførte en kombinasjon av disse kliniske arbeidsmåtene.

Tabell 10 A. Fordeling av ulike kliniske arbeidsmåter

Arbeidsmåter i klinisk praksis	Ja	Nei	Totalt
Direkte klinisk arbeid (Samtaler, veiledning, behandling m.v.)	1076 (86.8)	164 (13.2)	1240
Møter med andre fagpersoner relater til brukerens behov	797 (64.3)	443 (35.7)	1240
Arbeid med inntaks- og vurderingssamtaler med brukere	199 (16.0)	1041 (84.0)	1240
Konsultasjoner	153 (12.3)	1087 (87.7)	1240
Dokumentasjon av klinisk arbeid	621 (50.1)	619 (49.9)	1240
Administrativt arbeid	382 (30.8)	858 (69.2)	1240
Veiledning	322 (26.0)	918 (74.0)	1240
Undervisning	94 (7.6)	1146 (92.4)	1240
Annet	76 (6.1)	1164 (93.9)	1240

Tabell 10 B (neste side) viser at det var signifikante forskjeller mellom alle de ulike kliniske arbeidsmåtene relater til de tre tjenesteområdene. De som arbeider i psykisk helse- og/eller rusarbeid utøver oftere direkte klinisk arbeide og møter med andre fagpersoner enn sykepleiere i de to andre tjenesteområdene. Samtidig var sykepleiere i skolehelsetjenesten oftere engasjert i konsultasjon, veiledning og undervisning og sjeldnere i inntaks- og vurderingssamtaler med brukere og dokumentasjon av klinisk arbeid, enn sykepleiere i de to andre tjenesteområdene. De som arbeider i generelle helsetjenester var oftere engasjert i administrativt arbeid sammenliknet med sykepleier i de to andre tjenesteområdene.

Tabell 10 B. Fordeling av tjenesteområder og kliniske arbeidsmåter.

Kliniske arbeidsmåter	Tjenesteområder			Totale ja-svar	Kjikkvadrat test (χ^2) (df = 2)
	Generelle helsetjenester	Psykisk helse og/eller rus-tjenester	Skolehelse-tjenester		
Direkte klinisk arbeid	300 (82.8%)	633 (90.4%)	83 (79.0%)	1076 (86.8%)	$\chi^2 = 19.719^{**}$ p < .001
Møter med andre fagpersoner	234 (53.8%)	506 (72.3%)	57 (54.3%)	797 (64.3%)	$\chi^2 = 44.939^{**}$ p < .001
Inntaks- og vurderingssamtaler med brukere	78 (19.7%)	116 (16.6%)	5 (4.8%)	199 (16.0%)	$\chi^2 = 11.214^{**}$ p = .004
Konsultasjoner	40 (9.2%)	65 (9.3%)	48 (45.7%)	153 (12.3%)	$\chi^2 = 118.142^{**}$ p < .001
Dokumentasjon av klinisk arbeid	228 (52.4%)	360 (52.4%)	33 (31.4%)	621 (50.1%)	$\chi^2 = 16.068^{**}$ p < .001
Administrativt arbeid	189 (43.4%)	173 (24.7%)	20 (19.0%)	382 (30.8%)	$\chi^2 = 51.613^{**}$ p < .001
Veiledning	10 (27.4%)	164 (23.4%)	39 (37.1%)	322 (26.0%)	$\chi^2 = 9.605^{**}$ p = .008
Undervisning	30 (6.9%)	39 (5.6%)	25 (23.8%)	94 (7.6%)	$\chi^2 = 43.797^{**}$ p < .001
TOTALT	435	700	105	1240	

Tallene henviser til de som har svart positivt i form av ja for hvert spørsmål. Den siste raden nederst viser til det totale antallet svar i hver kolonne, som danner basis for de prosentvise fordelingene. Grunnlaget for skåren knyttet til Kjikkvadrat test er fordelingen svarene ja eller nei innenfor hver kolonne av kliniske arbeidsmåter relater til tjenesteområdene. *p < .05; **p < .01

Tabell 10 C (neste side) viser at det var signifikante forskjeller mellom alle de ulike kliniske arbeidsmåtene relater til utdanningsnivå. Gjennomgående er at de med utdanning utover bachelorutdanning, bruker mest tid på direkte klinisk arbeid og aktiviteter som indirekte er relatert til klinisk arbeid. Samtidig kan disse signifikante forskjellene forklares med den sterke sammenhengen mellom utdanningsnivå og typer av tjenesteområder.

Tabell 10 C. Fordeling mellom utdanningsnivå og kliniske arbeidsmåter.

Kliniske arbeidsmåter	Utdanningsnivå			Totale ja-svar	Kjikkvadrat test (χ^2) (df = 2)
	Grunn-utdanning/ Bachelor	Videre-utdanning	Mastergrad		
Direkte klinisk arbeid	308 (87.5%)	715 (87.0%)	53 (80.3%)	1076 (86.8%)	$\chi^2 = 2.601$ p = .272
Møter med andre fagpersoner	192 (54.5%)	561 (68.2%)	44 (66.7%)	797 (64.3%)	$\chi^2 = 20.327^{**}$ p < .001
Inntaks- og vurderingssamtaler med brukere	52 (14.8%)	136 (16.5%)	11 (16.7%)	199 (16.0%)	$\chi^2 = 0.594$ p = .743
Konsultasjoner	16 (4.5%)	124 (15.1%)	13 (19.7%)	153 (12.3%)	$\chi^2 = 28.802^{**}$ p < .001
Dokumentasjon av klinisk arbeid	196 (55.7%)	392 (47.7%)	33 (50.0%)	621 (50.1%)	$\chi^2 = 6.299^*$ p = .043
Administrativt arbeid	145 (41.2%)	223 (27.1%)	14 (21.1%)	382 (30.8%)	$\chi^2 = 25.881^{**}$ p < .001
Veiledning	109 (31.0%)	195 (23.7%)	18 (27.3%)	322 (26.0%)	$\chi^2 = 6.788^*$ p = .034
Undervisning	18 (5.1%)	69 (8.4%)	7 (10.6%)	94 (7.6%)	$\chi^2 = 4.697$ p = .096
TOTALT	352	822	66	1240	

Tallene henviser til de som har svart positivt i form av ja for hvert spørsmål. Den siste raden nederst viser til det totale antallet svar i hver kolonne, som danner basis for de prosentvise fordelingene. Grunnlaget for skåren knyttet til Kjikkvadrat test er fordelingen svarene ja eller nei innenfor hver kolonne av kliniske arbeidsmåter relater til tjenestoområdene. *p < .05; **p < .01

I tabell 11 A vises fordelingen av de ulike terapeutiske arbeidsmåtene som sykepleierne benytter seg av. Den mest brukte terapeutiske arbeidsmåten er støttesamtaler (76.1 %) fulgt av motivasjonsarbeid med (62.4 %), relasjonsbygging (49.5 %), og veiledning og konsultasjon (45.2 %). Den minst brukte terapeutiske arbeidsmåten var psykoterapi (5.6 %) fulgt av familie- og nettverksterapi (6.2 %) og kriseintervensjon (9.7 %). En mer detaljert dataanalyse viser at 479 sykepleiere (38.6 %) benyttet en kombinasjon av tre terapeutiske arbeidsmåter som inkluderer støttesamtaler i kombinasjon med to andre arbeidsmåter; enten

relasjonsbygging, veiledning og konsultasjon eller motivasjonsarbeid. I tillegg utførte 263 sykepleiere (21.2 %) en kombinasjon av tre terapeutiske arbeidsmåter inkludert støttesamtaler og rusforebygging i kombinasjon med en annen arbeidsform som relasjonsbygging, veiledning og konsultasjon eller motivasjonsarbeid.

Tabell 11 A. Fordeling av ulike terapeutiske arbeidsmåter

Terapeutiske arbeidsmåter	Ja	Nei	Totalt
Psykoterapi	70 (5.6)	1170 (94.4)	1140
Medikamentell vurdering og oppfølging	469 (37.8)	771 (62.2)	1240
Støttesamtaler	944 (76.1)	296 (23.9)	1240
Kriseintervensjon	120 (9.7)	1120 (90.3)	1240
Veiledning og konsultasjon	561 (45.2)	679 (54.8)	1240
Relasjonsbygging	614 (49.5)	626 (50.5)	1240
Motivasjonsarbeid	774 (62.4)	466 (37.6)	1240
Familie- og nettverksterapi	77 (6.2)	1163 (93.8)	1240
Annet	91 (7.3)	1149 (92.7)	1240

Tabell 11 B (neste side) viser hvordan de ulike tjenesteområdene var signifikant relatert til de ulike kliniske arbeidsmåtene med unntak av kriseintervensjon. De som arbeider i generelle helsetjenester er oftere engasjert i medikamentell vurdering og oppfølging enn sykepleiere i de to andre tjenesteområdene. De som arbeider i psykisk helse- og /eller rustjenestene utøver oftere psykoterapi, kriseintervensjon, relasjonsbygging og motivasjonsarbeid enn ansatte i de to andre tjenesteområdene. Samtidig er ansatte i skolehelsetjenestene oftere engasjert i støttesamtaler, veiledning og konsultasjon samt familie- og nettverksterapi enn de andre områdene av tjenester.

Tabell 11 B. Fordeling av tjenesteområder og terapeutiske arbeidsmåter.

Terapeutiske arbeidsmåter	Tjenesteområder			Totale ja-svar	Kjikkvadrat test (χ^2) (df = 2)
	Generelle helsetjenester	Psykisk helse og/eller rus-tjenester	Skolehelse-tjenester		
Psykoterapi	14 (3.2%)	83 (7.6%)	3 (2.9%)	70 (5.6%)	$\chi^2 = 11.218^{**}$ p = .004
Medikamentell vurdering og oppfølging	265 (60.9%)	188 (26.9%)	16 (15.2%)	469 (37.8%)	$\chi^2 = 157.240^{**}$ p < .001
Støttesamtaler	289 (66.4%)	562 (80.3%)	93 (88.6%)	944 (76.1%)	$\chi^2 = 38.087^{**}$ p < .001
Krise-Intervensjon	39 (9.0%)	77 (11.0%)	4 (3.8%)	120 (9.7%)	$\chi^2 = 5.789$ p = .055
Veiledning og konsultasjon	203 (46.7%)	271 (38.7%)	87 (82.9%)	561 (45.2%)	$\chi^2 = 72.365^{**}$ p < .001
Relasjonsbygging	189 (43.4%)	396 (56.6%)	29 (27.6%)	614 (49.5%)	$\chi^2 = 40.486^{**}$ p < .001
Motivasjonsarbeid	251 (57.7%)	462 (66.0%)	61 (58.1%)	774 (62.4%)	$\chi^2 = 8.791^*$ p = .012
Familie- og nettverksterapi	22 (5.1%)	40 (5.7%)	15 (14.3%)	77 (6.2%)	$\chi^2 = 13.045^{**}$ p = .001
TOTALT	435	700	105	1240	

Tallene henviser til de som har svart positivt i form av ja for hvert spørsmål. Den siste raden nederst viser til det totale antallet svar i hver kolonne, som danner basis for de prosentvise fordelingene. Grunnlaget for skåren knyttet til Kjikkvadrat test er fordelingen svarene ja eller nei innenfor hver kolonne av terapeutiske arbeidsmåter relater til tjenesteområdene. *p < .05; **p < .01

Tabell 11 C (neste side) viser til fordelingen mellom utdanningsnivå og terapeutiske arbeidsmåter. På samme måte som i tabell 10 C (Fordeling mellom utdanningsnivå og kliniske arbeidsmåter) viser tabell 11 C at det var signifikante forskjeller mellom alle de ulike terapeutiske arbeidsmåtene relater til utdanningsnivå. Gjennomgående er at de med utdanning utover bachelorutdanning, bruker mest tid på terapeutiske arbeidsformer som krever utvidet kompetanse. Disse signifikante forskjellene kan forklares med den sterke sammenhengen mellom utdanningsnivå og typer av tjenesteområder.

Tabell 11 C. Fordeling mellom utdanningsnivå og terapeutiske arbeidsmåter.

Terapeutiske arbeidsmåter	Utdanningsnivå			Totale ja-svar	Kjikkvadrat test (χ^2) (df = 2)
	Grunn-utdanning/ Bachelor	Videre-utdanning	Mastergrad		
Psykoterapi	12 (3.4%)	52 (6.3%)	6 (9.1%)	70 (5.6%)	$\chi^2 = 5.491$ p = .064
Medikamentell vurdering og oppfølging	235 (66.8%)	216 (26.3%)	18 (27.3%)	469 (37.8%)	$\chi^2 = 175.062^{**}$ p < .001
Støttesamtaler	237 (67.3%)	659 (80.2%)	48 (72.7%)	944 (76.1%)	$\chi^2 = 22.806^{**}$ p < .001
Krise-intervensjon	22 (6.3%)	84 (10.2%)	14 (21.2%)	120 (9.7%)	$\chi^2 = 15.053^{**}$ p = .001
Veiledning og konsultasjon	133 (37.8%)	394 (47.9%)	34 (51.5%)	561 (45.2%)	$\chi^2 = 11.352^{**}$ p = .003
Relasjonsbygging	166 (47.2%)	420 (51.1%)	28 (42.4%)	614 (49.5%)	$\chi^2 = 2.930$ p = .231
Motivasjonsarbeid	217 (61.6%)	515 (62.7%)	42 (63.6%)	774 (62.4%)	$\chi^2 = 0.150$ p = .928
Familie- og nettverksterapi	13 (3.7%)	60 (7.3%)	4 (6.1%)	77 (6.2%)	$\chi^2 = 5.506$ p = .064
TOTAL	352	822	66	1240	

Tallene henviser til de som har svart positivt i form av ja for hvert spørsmål. Den siste raden nederst viser til det totale antallet svar i hver kolonne, som danner basis for de prosentvise fordelingene. Grunnlaget for skåren knyttet til Kjikkvadrat test er fordelingen svarene ja eller nei innenfor hver kolonne av terapeutiske arbeidsmåter relater til tjenesteområdene. *p < .05; **p < .01

Tabell 12 (neste side) viser fordelingen av sykepleiernes gjennomsnittlige, ukentlige kontakt med hver bruker og dennes familie. Totalt hadde 53.3 % av respondentene ukentlig, personlig kontakt med brukere i et gjennomsnitt av 1-2 eller 3-5 ganger. Samtidig var deres personlige kontakt med familien generelt sett mindre enn ukentlig i alle ulike former for kontakt.

Tabell 12. Gjennomsnittlig ukentlig kontakt med hver bruker og dennes familie.

Former for kontakt	Gjennomsnittlig kontakt med hver bruker og dennes familie					
	Ikke ukentlig	1-2 ganger pr.uke	3-5 ganger pr.uke	6-10 ganger pr.uke	Over 10 ganger pr.uke	Totalt
Personlig kontakt med bruker	377 (30.4)	469 (37.8)	192 (15.5)	72 (5.8)	130 (10.5)	1240
Telefonkontakt med bruker	724 (58.4)	357 (28.8)	98 (7.9)	37 (3.0)	24 (1.9)	1240
Kontakt via sms/sosiale medier med bruker	1168 (94.2)	55 (4.4)	9 (0.7)	2 (0.2)	6 (0.5)	1240
Personlig kontakt med familien	1058 (85.3)	153 (12.3)	16 (1.3)	9 (0.7)	4 (0.3)	1240
Telefonkontakt med familien	1026 (82.7)	174 (14.0)	31 (2.5)	6 (0.5)	3 (0.2)	1240
Kontakt via sms/sosiale medier med familie	1185 (95.6)	45 (3.6)	6 (0.5)	2 (0.2)	2 (0.2)	1240

Karakteristika ved brukere av nåværende tjenestestedet

Tabell 13 viser fordelingen av ulike grupper av brukere og alderssammensetting. De fleste brukerne er enkeltpersoner (94.8 %) og bare et fåtall er par eller familier. Den største brukergruppen er personer mellom 31 og 50 år. Unge voksne mellom 18 og 30 utgjør 12,5 % og eldre voksne over 65 år representerer 19,8 %.

Tabell 13. Fordeling av ulike grupper av brukere og alderssammensetting

Variabler	N (Total N = 1240)	%
Hvilke brukergrupper benytter ditt tjenestetilbud mest?		
Individuelle brukere	1175	94.8
Par	3	.2
Familier	55	4.4
Alle grupper	4	.3
Andre	3	.2
Totalt	1240	100.0
I hvilke aldersgrupper befinner brukerne seg?		
Under 18 år	111	9.0
18 -30 år	155	12.5
31 – 50 år	624	50.3
51 – 64 år	105	8.5
Over 65 år	245	19.8
Totalt	1240	100.0

I tabell 14 A ser en fordelingen av ulike områder av psykisk helsevansker som sykepleierne møter hyppigst i sin kliniske praksis. Det rapporteres at 70 % av brukerne har en diagnostisert psykisk lidelse som sin største helseutfordring. Det er 32 % som omtales å ha det samme knyttet til rusvansker, og 44.3 % beskrives å ha et samtidig psykisk helse- og rusproblem som den største helseutfordringen i den sykepleiefaglige praksisen.

Tabell 14 A. Fordeling av områder av psykisk helsevansker

Områder av psykiske helsevansker som du hyppigst møter er:	Ja	Nei	Totalt
Enkeltstående episode av psykisk helsevansker eller psykisk krise	499 (40.2)	741 (59.8)	1240
Diagnostisert psykisk lidelse	868 (70.0)	372 (30.0)	1240
Psykisk krise relater til en diagnostisert psykisk lidelse	368 (29.7)	872 (70.3)	1240
Fysisk lidelse og psykiske helsevansker	486 (39.2)	754 (60.8)	1240
Rusvansker	397 (32.0)	843 (68.0)	1240
Fysiske lidelser i relasjon til rusbruk	96 (7.7)	1144 (92.3)	1240
Samtidig psykisk helseproblem og ruslidelse (ROP-lidelse)	549 (44.3)	691 (55.7)	1240
Fysisk lidelse, psykiske helsevansker og rusbruk	306 (24.7)	934 (75.4)	1240
Annet	151 (12.2)	1089 (87.8)	1240

Tabell 14 B (neste side) viser til signifikante forskjeller i relasjon til hyppigst forekommende psykisk helsevansker og tjenesteområdene. Sykepleiere i skolehelsetjenester erfarte oftere enkeltstående episoder av psykiske helsevansker og andre typer av problemer enn sykepleier i de to andre tjenesteområdene. De ansatte i psykisk helse- og/eller rustjenestene opplevde oftere personer med en diagnostisert psykisk lidelse, psykisk krise i relasjon til en kjent og diagnostisert psykisk lidelse og pasienter med samtidig psykisk helseproblem og ruslidelse (ROP-lidelse, enn ansatte i de to andre tjenesteområdene.

Tabell 14 B. Fordeling av tjenesteområder og psykisk helsevansker.

Områder av hyppigst forekommende Psykiske helsevansker	Tjenesteområder			Totale ja-svar	Kjikkvadrat test (χ^2) (df = 2)
	Generelle helsetjenester	Psykisk helse og/eller rus-tjenester	Skolehelse-tjenester		
Enkeltstående episode av helsevanske eller krise	156 (35.9%)	258 (36.9%)	85 (81.0%)	499 (40.2%)	$\chi^2 = 79.169^{**}$ p < .001
Diagnostisert psykisk lidelse	289 (66.4%)	542 (77.4%)	37 (35.2%)	868 (70.0%)	$\chi^2 = 81.444^{**}$ p < .001
Psykisk krise relatert til en diagnostisert psykisk lidelse	105 (24.1%)	245 (35.0%)	18 (17.1%)	368 (29.7%)	$\chi^2 = 23.803^{**}$ p < .001
Fysisk lidelse og psykiske helsevansker	217 (49.9%)	204 (29.1%)	65 (61.9%)	486 (39.2%)	$\chi^2 = 73.260^{**}$ p < .001
Rusvansker	165 (37.9%)	211 (30.1%)	21 (20.0)	397 (32.0%)	$\chi^2 = 15.086^{**}$ p = .001
Fysiske lidelser relatert til rusbruk	52 (12.0%)	40 (5.7%)	4 (3.8%)	96 (7.7%)	$\chi^2 = 17.108^{**}$ p < .001
Samtidig psykisk helseproblem og ruslidelse (ROP-lidelse)	148 (34.0%)	388 (55.4%)	13 (12.4%)	549 (44.3%)	$\chi^2 = 97.118^{**}$ p < .001
Fysisk lidelse, psykiske helsevansker og rusbruk	137 (31.5%)	151 (21.6%)	18 (17.1%)	306 (24.7%)	$\chi^2 = 17.715^{**}$ p < .001
Andre vansker	36 (8.3%)	61 (8.7%)	54 (51.4%)	151 (12.2%)	$\chi^2 = 165.305^{**}$ p < .001
TOTAL	435	700	105	1240	

Tallene henviser til de som har svart positivt i form av ja for hvert spørsmål. Den siste raden nederst viser til det totale antallet svar i hver kolonne, som danner basis for de prosentvise fordelingene. Grunnlaget for skåren knyttet til Kjikkvadrat test er fordelingen svarene ja eller nei innenfor hver kolonne av områder av hyppigst forekommende psykiske helsevansker relater til tjenesteområdene. *p < .05; **p < .01

Tabell 14 C. Fordeling av utdanningsnivå og områder av psykisk helsevansker.

Områder av hyppigst forekommende psykiske helsevansker	Utdanningsnivå			Totale ja-svar	Kjikkvadrat test (χ^2) ($df = 2$)
	Grunn-utdanning/ Bachelor	Videre-utdanning	Mastergrad		
Enkeltstående episode av helsevanske eller krise	106 (30.1%)	364 (44.3%)	29 (43.9%)	499 (40.2%)	$\chi^2 = 20.971^{**}$ p < .001
Diagnostisert psykisk lidelse	236 (67.0%)	592 (72.0%)	40 (60.6%)	868 (70.0%)	$\chi^2 = 5.833$ p = .054
Psykisk krise relatert til en diagnostisert psykisk lidelse	84 (23.9%)	258 (31.4%)	26 (39.4%)	368 (29.7%)	$\chi^2 = 9.837^{**}$ p = .007
Fysisk lidelse og psykiske helsevansker	164 (46.6%)	295 (35.9%)	27 (40.9%)	486 (39.2%)	$\chi^2 = 11.932^{**}$ p = .003
Rusvansker	156 (44.3%)	226 (27.5%)	15 (22.7%)	397 (32.0%)	$\chi^2 = 34.815^{**}$ p < .001
Fysisk lidelse og psykiske helsevansker	43 (12.2%)	49 (6.0%)	4 (6.1%)	96 (7.7%)	$\chi^2 = 13.776^{**}$ p = .001
Samtidig psykisk helseproblem og ruslidelse (ROP-lidelse)	131 (37.2%)	388 (47.2%)	30 (45.5%)	549 (44.3%)	$\chi^2 = 10.001^{**}$ p = .007
Fysisk lidelse, psykiske helsevansker og rusbruk	110 (31.3%)	180 (21.9%)	16 (24.2%)	306 (24.7%)	$\chi^2 = 11.604^{**}$ p = .003
Andre vansker	29 (7.4%)	114 (13.9%)	11 (16.7%)	151 (12.2%)	$\chi^2 = 10.997^{**}$ p = .004
TOTAL	352	822	66	1240	

Tallene henviser til de som har svart positivt i form av ja for hvert spørsmål. Den siste raden nederst viser til det totale antallet svar i hver kolonne, som danner basis for de prosentvise fordelingene. Grunnlaget for skåren knyttet til Kjikkvadrat test er fordelingen svarene ja eller nei innenfor hver kolonne av områder av hyppigst forekommende psykiske helsevansker relatert til tjenesteområdene. *p < .05; **p < .01

Tabell 14 C viser at sykepleiernes utdanningsnivå gir signifikante forskjeller relatert til hyppigst forekommende psykiske helsevansker. Samtidig behøver ikke disse forskjellene primært knyttes til utdanningsnivå ved at det er en sterk sammenheng mellom utdanningsnivå og tjenesteområder som tidligere vist.

Gradering av ulike kliniske arbeidsmåter

Den kvantitative undersøkelsen inneholder fire ulike instrumenter hvor en ønsket å måle respondentenes forståelse og erfaring med egne sykepleiefaglige praksiser: (a) Områder av klinisk sykepleiefaglig arbeid (Nursing Practice Activities questionnaire - NPA), (b) Personorientert sykepleiepraksis – (Person-Centered Care Planning Questionnaire - PCCP-R), (c) Recoveryorientert sykepleiepraksis (Recovery-Oriented Practice Questionnaire - ROP-R) og (d) Samarbeidende sykepleiepraksis – (Collaborative Practice Questionnaire - CPQ).

Områder av klinisk sykepleiefaglig arbeid – (Nursing Practice Activities Questionnaire - NPA)

Påstandene i det første spørreskjemaet om klinisk sykepleiefaglig arbeid (NPA) er utviklet fra «The Scope and Standards of Practice for Psychiatric Mental Health Nursing» som er publisert i 2014 av The American Nurses Association. Det er 16 ulike anbefalte standarder i NPA som ikke var mulig å overføre direkte til en norsk kontekst. Forfatterne valgte ut 15 påstander til den norske utgaven av NPA. Sykepleierne ble bedt om å rangere de ulike påstandene i forhold til sin nåværende sykepleiefaglige praksis. Tabell 15 A (neste side) viser frekvensfordelingen i forhold til de ulike påstandene. Antall responser relatert til utsagnene varierer fra 1224 (98.7%) til 1100 (89.5%) av totalt 1240 respondenter (N). Tabell 15 B viser gjennomsnitt og standardavvik ved bruk NPA's påstander i spørreskjemaet.

Tabell 15 A. Frekvensfordeling av de ulike påstandene i NPA

Områder av klinisk sykepleiefaglig arbeid	1	2	3	4	5	Totalt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N*
1. Jeg samler inn og sammenfatter sentrale data som er viktige for brukerens helse og/eller livssituasjon.	20 (1.6)	23 (1.9)	133 (11.0)	414 (34.1)	624 (51.4)	1214
2. Jeg analyserer data fra kartleggingen for å avgjøre problemer og fokusområder for omsorg og pleie, inkludert risikoforhold.	44 (3.7)	77 (6.4)	191 (16.0)	443 (37.1)	439 (36.8)	1194
3. Jeg iverksetter den identifiserte individuelle planen for brukeren.	88 (7.9)	159 (14.3)	348 (31.4)	314 (28.3)	201 (18.1)	1110
4. Jeg koordinerer pleie- og omsorgstilbudet for brukeren.	93 (8.3)	134 (11.9)	314 (27.9)	345 (30.7)	238 (21.2)	1124
5. Jeg bruker prosedyrer, henvisninger, behandlinger, terapier, og taler brukerens sak, i tråd med lover og forskrifter.	33 (2.7)	59 (4.9)	189 (15.7)	447 (37.1)	477 (39.6)	1205
6. Jeg sørger for struktur, og opprettholder et trygt, terapeutisk, recoveryorientert miljø i samarbeid med brukere, familier og andre helsearbeidere.	50 (4.2)	66 (5.6)	212 (18.0)	503 (42.7)	346 (29.4)	1177
7. Jeg bruker den terapeutiske relasjonen og veiledningsmetoder for å støtte brukere i sin individuelle recovery ved å forbedre og gjenvinne sine tidligere mestringsevner, fremme psykisk helse og forebygge psykisk uhelse og funksjonsnedsettelse.	43 (3.7)	59 (5.1)	183 (15.8)	442 (38.2)	431 (37.2)	1158
8. Jeg evaluerer progresjonen i forhold til forventet resultatoppgåelse som er spesifisert i individuell plan.	79 (7.2)	143 (13.0)	347 (31.6)	355 (32.3)	174 (15.8)	1098
9. Jeg integrerer etiske overveielser i alt klinisk arbeid.	6 (.5)	31 (2.5)	111 (9.1)	389 (31.9)	684 (56.0)	1221
10. Jeg forsøker å tilegne meg kunnskap og kompetanse som reflekterer oppdatert sykepleiepraksis.	5 (.4)	16 (1.3)	171 (13.9)	577 (46.8)	464 (37.6)	1233
11. Jeg integrerer evidens- og forskningsbasert kunnskap i praksis.	44 (3.6)	84 (6.9)	404 (33.3)	487 (40.1)	195 (16.1)	1214
12. Jeg er systematisk involvert i å forbedre kvaliteten og effektiviteten i sykepleiepraksis.	48 (4.0)	107 (8.9)	338 (28.1)	457 (38.0)	254 (21.1)	1204
13. Jeg bidrar med lederskap i en profesjonell praksissetting og til egen profesjon.	78 (6.9)	130 (11.5)	321 (28.5)	374 (33.2)	225 (19.9)	1128
14. Jeg samarbeider med brukere, familier, tverrfaglige kollegaer og andre i utviklingen av sykepleiepraksis.	29 (2.4)	48 (4.0)	197 (16.2)	472 (38.9)	467 (38.5)	1213
15. Jeg evaluerer min egen praksis i relasjon til profesjonens egne standarder og retningslinjer for praksis, relevante påbud, regler og forskrifter.	22 (1.8)	51 (4.2)	259 (21.2)	561 (45.8)	331 (27.0)	1224

* Antall respondenter

Avkryssingsverdier:

1 = Aldri eller veldig sjelden

2 = Sjelden

3 = Noen ganger

4 = Ofte

5 = Alltid

Tabell 15 B. Gjennomsnitt og standardavvik ved bruk NPA's påstander

Påstand	N	Gjennomsnitt	Standardavvik
NPA1	1214	4.32	.865
NPA2	1194	3.97	1.057
NPA3	1110	3.34	1.162
NPA4	1124	3.45	1.186
NPA5	1205	4.06	.996
NPA6	1177	3.87	1.032
NPA7	1158	4.00	1.034
NPA8	1098	3.37	1.115
NPA9	1221	4.40	.796
NPA10	1233	4.20	.751
NPA11	1214	3.58	.960
NPA12	1204	3.63	1.035
NPA13	1128	3.48	1.138
NPA14	1213	4.07	.957
NPA15	1224	3.92	.897

Tabellene viser at de tre høyeste rangerte påstandene med mer enn 80 % avkryssing som alltid eller ofte, er: «Jeg samler inn og sammenfatter sentrale data som er viktige for brukerens helse og/eller livssituasjon (#1)», «Jeg integrerer etiske overveielser i alt klinisk arbeid (#9)», og «Jeg forsøker å tilegne meg kunnskap og kompetanse som reflekterer oppdatert sykepleiepraksis (#10)». Dette skulle tyde på at sykepleierne fungerer meget godt i forhold til å ta imot og møte brukere gjennom å inkorporere etiske verdier i sin praksis samt å holde seg oppdatert kunnskapsmessig. På den andre siden; de to lavest graderte påstandene med mindre enn 50 % skår som alltid og ofte, er: «Jeg iverksetter den identifiserte individuelle planen for brukeren (#3)» og «Jeg evaluerer progresjonen i forhold til forventet resultatoppnåelse som er spesifisert i individuell plan (#8)». Dette skulle kunne bety at mer enn halvparten sykepleierne bare var involvert noen ganger eller mindre i implementeringen av individuelle planer for brukerne, og tilsvarende evaluering av brukernes utvikling relatert til ønsket målsetting for samarbeidet. De to lavest rangerte påstander er knyttet til pleieplaner, gjennom å foreslå mulige temaer og målsettinger som kan spesifisere hvordan måloppnåelse skal evalueres.

Personorientert sykepleiepraksis – (Person-Centered Care Planning Questionnaire - PCCP-R)

Påstandene i spørreskjemaet for personorientert sykepleiepraksis er en tillemping til norske forhold av et amerikansk spørreskjema utviklet av Tondora og Miller (2009). Omtalt som The Person Centered Care Planning Questionnaire – Provider version. Denne originale versjonen har 32 påstander hvorav 17 ble lagt til grunn i denne utgaven. De 15 påstandene som ble tatt ut ble vurdert av forfatterne som gjentakende eller uaktuelle for en norsk kontekst. Spørreskjemaet fokuserer i hvilken grad sykepleierne er enig i påstandene om hvordan de planlegger deres sykepleiefaglige arbeid gjennom bruk av pleie-, behandling- eller individuelle planer.

Spørreskjemaet ble besvart av sykepleiere som gjør denne formen for arbeid i samarbeid med brukere. Det var 699 sykepleiere (56.4 %) som bekreftet at de gjorde dette. Tabell 16 A viser frekvensfordelingen i forhold til påstandene. Tallene knyttet til antall responser på de ulike påstandene varierer fra 598 to 689. Tabell 16 B viser gjennomsnitt og standardavvik ved bruk av påstander i PCCP-R.

Tabell 16 A. Fordeling av de ulike påstandene i PCCP –R.

Personorientert sykepleiepraksis	1	2	3	4	5	Totalt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N*
1. Jeg minner den enkelte på at han eller hun kan ta med seg familiemedlemmer eller venner til planleggingsmøtene.	67 (9.9)	72 (10.7)	144 (21.3)	165 (24.4)	228 (33.7)	676
2. Jeg tilbyr den enkelte en kopi av planen som vedkommende kan beholde.	74 (10.7)	31 (4.5)	47 (6.8)	75 (10.9)	462 (67.1)	689
3. Jeg skriver målene i planen med den enkeltes egne ord.	47 (6.8)	52 (7.5)	119 (17.3)	194 (28.2)	277 (40.2)	689
4. Planen er skrevet slik at den enkelte og hans/hennes familie kan forstå de. Når det er nødvendig å bruke fagspråk, forklarer jeg hva som menes.	59 (8.6)	34 (5.0)	53 (7.7)	154 (22.5)	385 (56.2)	685
5. Jeg spør den enkelte om å ta med aktiviteter og tiltak som er viktige for vedkommende i planen.	65 (9.5)	25 (3.6)	36 (5.2)	125 (18.2)	436 (63.5)	687
6. Jeg inkluderer den enkeltes sterke sider, interesser og ressurser i hans/hennes plan.	67 (9.7)	20 (2.9)	36 (5.2)	127 (18.5)	438 (63.7)	688
7. Jeg inkluderer de målene som den enkelte sier er viktige for han/henne i planen.	67 (9.8)	23 (3.3)	23 (3.3)	101 (14.7)	473 (68.9)	687
8. Jeg utvikler planen i samarbeid med den enkelte.	65 (9.5)	27 (3.9)	27 (3.9)	112 (16.3)	455 (66.3)	686
9. Jeg bruker førstepersons form når jeg omtaler personer i planen.	63 (9.6)	40 (6.1)	79 (12.1)	157 (24.0)	314 (48.1)	653
10. Jeg tar hensyn til kulturelle forhold (som for eksempel åndelig overbevisning og kulturelt baserte oppfatninger om helse og sykdom) i hele planleggingen.	36 (5.6)	49 (7.7)	93 (14.6)	194 (30.4)	266 (41.7)	638
11. Jeg lar den enkelte få vite på forhånd når det skal være møter om vedkommende sin plan.	73 (10.7)	20 (2.9)	35 (5.1)	73 (10.7)	480 (70.5)	681
12. Jeg samarbeider med den enkelte hvor lenge vedkommende trenger å arbeide med hvert steg i planen.	43 (6.4)	51 (7.5)	92 (13.6)	188 (27.8)	302 (44.7)	676
13. For å gjøre planen best mulig, spør jeg om interesser og kulturelle forhold som jeg ikke er så godt kjent med.	41 (6.2)	48 (7.2)	93 (14.0)	186 (27.9)	298 (44.7)	666
14. Jeg støtter personen i å jobbe med sine mål selv om vedkommende fortsatt har store utfordringer.	59 (8.7)	30 (4.4)	38 (5.6)	167 (24.6)	385 (56.7)	679
15. Hvis det er nødvendig for bruker er tolk med i planleggingsmøtene.	72 (12.0)	27 (4.5)	40 (6.7)	107 (17.9)	352 (58.9)	598
16. Den enkelte er involvert i utarbeidingen av planen i så stor grad som vedkommende ønsker.	67 (9.9)	27 (4.0)	37 (5.4)	135 (19.9)	414 (60.9)	680
17. Jeg gir den enkelte muligheten til å revidere og forandre planen sin.	67 (9.8)	33 (4.8)	41 (6.0)	130 (19.1)	410 (60.2)	681

* Antall respondenter

Avkryssingsverdier: (Bare for sykepleiere som utvikler planer i samarbeid med brukere).

1 = Svært uenig

2 = Delvis uenig

3 = Hverken enig eller uenig

4 = Delvis enig

5 = Sterkt enig

Tabell 15 B. Gjennomsnitt og standardavvik ved bruk av påstander i PCCP-R.

Påstand	N	Gjennomsnitt	Standardavvik
PCCP-Revised1	676	3.61	1.312
PCCP-Revised2	689	4.19	1.361
PCCP-Revised3	689	3.87	1.215
PCCP-Revised4	685	4.13	1.265
PCCP-Revised5	687	4.23	1.279
PCCP-Revised6	688	4.23	1.276
PCCP-Revised7	687	4.30	1.284
PCCP-Revised8	686	4.26	1.283
PCCP-Revised9	653	3.95	1.310
PCCP-Revised10	638	3.95	1.174
PCCP-Revised11	681	4.27	1.329
PCCP-Revised12	676	3.97	1.208
PCCP-Revised13	666	3.98	1.196
PCCP-Revised14	679	4.16	1.248
PCCP-Revised15	598	4.07	1.385
PCCP-Revised16	680	4.18	1.296
PCCP-Revised17	681	4.15	1.312

Som disse tabellene viser var sykepleierne generelt sett enig i påstandene som fremkommer i spørreskjemaet om personorientert sykepleiepraksis. I forhold til de to påstander: «Jeg minner den enkelte på at han eller hun kan ta med seg familiemedlemmer eller venner til planleggingsmøtene (#1)» og «Jeg skriver målene i planen med den enkeltes egne ord (#3)», var mindre enn 70 % enige i utsagnene. I forhold til skåringen av alle påstandene var mellom 13 og 20 % av sykepleierne «noe uenig» eller «sterkt uenig». Til tross for dette var skåringen generelt sett høy, og det er behov for utforske videre hvorfor noen sykepleiere er uenig i å integrere det personorienterte elementet i den generelle planleggingen av sykepleiefaglig arbeid.

Recoveryorientert sykepleiepraksis – (Recovery-Oriented Practice Questionnaire - ROP-R).

Påstandene som inngår i dette spørreskjemaet er fra The Recover-Oreinted Practice Questionnaire – Provider version som er utviklet O'Connor, Tondora, Croog, Evans, & Davidson (2005). Det inngår totalt 32 påstander i den originale versjonen. Vi utelot fire påstander og bruker totalt 28 påstander i den norske utgaven. Vi anså at de fire utelatte ikke passet i en norsk sammenheng. Sykepleierne ble spurt i hvilken grad de var enige eller ikke

med de ulike utsagnene. Tabell 16 A viser frekvensfordelingen av de ulike påstandene i ROP-R. Antallet respondenter i denne delen av studien varierte fra 736 til 1193. Tabell 16 B viser gjennomsnitt og standardavvik ved bruk av påstander i ROP-R i dette spørreskjemaet.

Tabell 16 A. Fordeling av de ulike påstandene i ROP-R.

Recovery-orientert sykepleiepraksis	1	2	3	4	5	Totalt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N*
1. I min første kontakt med brukere gjør jeg et tydelig forsøk på å ønske dem velkommen i tilbudet og hjelpe dem til å føle seg vel.	76 (6.4)	12 (1.0)	19 (1.6)	96 (8.0)	990 (83.0)	1193
2. Jeg oppmuntrer alle brukere til å føle håp og ha høye forventninger til deres recovery.	46 (4.1)	56 (5.0)	161 (14.4)	354 (31.7)	499 (44.7)	1116
3. Brukere kan bytte sin behandler eller kontaktperson om de ønsker.	81 (7.8)	108 (10.4)	258 (24.8)	215 (20.7)	379 (36.4)	1041
4. Brukere kan lett få tilgang til sin journal om de ønsker det.	54 (4.9)	90 (8.1)	207 (18.7)	292 (26.4)	465 (42.0)	1108
5. Jeg bruker ikke trusler, bestikkelser eller andre former for press for å påvirke brukernes oppførsel.	111 (10.1)	24 (2.2)	34 (3.1)	78 (7.1)	848 (77.4)	1095
6. Jeg tror recovery er en mulighet for alle brukere.	57 (5.3)	70 (6.6)	227 (21.3)	292 (27.4)	420 (39.4)	1066
7. Jeg tror at alle brukere har muligheten til å mestre sine egne symptomer.	72 (6.2)	130 (11.2)	311 (26.7)	363 (31.2)	289 (24.8)	1165
8. Jeg tror at alle brukere kan gjøre deres egne livsvalg med hensyn til hvor de vil bo, når de vil arbeide, hvem de vil være venn med osv.	99 (8.6)	170 (14.7)	352 (30.4)	310 (26.8)	225 (19.5)	1156
9. Jeg lytter til og respekterer de avgjørelser brukere tar om deres behandling og omsorg.	60 (5.1)	50 (4.2)	110 (9.3)	345 (29.1)	622 (52.4)	1187
10. Jeg spør brukere jevnlig om deres interesser og ting de måtte ønske å gjøre i lokalmiljøet.	44 (3.9)	88 (7.9)	211 (18.9)	327 (29.3)	447 (40.0)	1117
11. Jeg oppmuntrer brukere til å ta sjanser og forsøke nye ting.	44 (3.8)	63 (5.5)	242 (21.1)	371 (32.4)	425 (37.1)	1145
12. Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres åndelige behov og interesser når de ønsker det.	68 (6.2)	149 (13.5)	312 (28.3)	271 (24.6)	303 (27.5)	1103
13. Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere dere seksuelle behov og interesser når de ønsker det.	149 (14.2)	222 (21.2)	275 (26.3)	210 (20.1)	190 (18.2)	
14. Jeg hjelper alle brukere i å utvikle og planlegge livsmål utover det å mestre symptomer eller å være stabil (f.eks. arbeid, utdanning, fysisk form,	47 (4.3)	93 (8.6)	201 (18.5)	316 (29.1)	428 (39.4)	1085

kontakt med familie og venner, hobbyer).						
15. Jeg støtter rutinemessig brukere i å få arbeid.	66 (7.1)	101 (10.8)	202 (21.6)	264 (28.2)	302 (32.3)	936
16. Jeg hjelper brukere aktivt med å involvere seg i ikke-psykisk helse/rusrelaterte aktiviteter som f.eks. grupper, voksenopplæring, sport eller hobbyer.	73 (7.1)	101 (9.9)	222 (21.7)	303 (29.6)	324 (31.7)	1023
17. Jeg arbeider for å hjelpe brukere til å inkludere mennesker som er viktige for dem i deres recovery/behandlingsplanlegging (f.eks. familie, venner eller andre).	57 (5.3)	74 (6.9)	183 (16.9)	334 (30.9)	432 (40.0)	1060
18. Jeg introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer.	155 (18.0)	188 (21.8)	235 (27.2)	169 (19.6)	116 (13.4)	863
19. Jeg knytter aktivt brukere til selvhjelps- og likemannstilbud, brukergrupper og programmer.	107 (11.3)	172 (18.1)	291 (30.7)	232 (24.4)	147 (15.5)	949
20. Jeg hjelper aktivt brukere i å finne måter å gi tilbake til deres lokalmiljø (f.eks. frivillighet, kommunale tilbud, nabovakthold eller søppelrydding).	108 (12.1)	172 (19.3)	259 (29.1)	218 (24.5)	133 (14.9)	890
21. Mennesker i recovery oppmuntres til å hjelpe fagpersoner til å utvikle nye grupper, programmer eller tjenester.	114 (14.3)	166 (20.8)	257 (32.2)	156 (19.5)	105 (13.2)	798
22. Mennesker i recovery oppmuntres til å involvere seg i evalueringen av det aktuelle tjenestestedets tilbud, tjenester og ansatte.	81 (9.5)	121 (14.2)	249 (29.1)	235 (27.5)	169 (19.8)	855
23. Mennesker i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedets ledelse og ledelsesmøter.	218 (29.7)	164 (22.3)	179 (24.4)	108 (14.7)	66 (9.0)	736
24. Jeg snakker med brukere om hva som kreves for å gjennomføre eller å avslutte tjenestetilbudet.	71 (7.2)	75 (7.6)	237 (23.9)	274 (27.7)	333 (33.6)	990
25. Utviklingen mot individets egne personlige målsettinger følges opp jevnlig.	41 (3.9)	78 (7.4)	214 (20.2)	338 (31.9)	387 (36.6)	1058
26. Den primære rollen for fagpersoner er å støtte en person med å nå hennes/hans egne mål og ambisjoner.	58 (5.2)	46 (4.1)	151 (13.6)	329 (29.6)	527 (47.4)	1111
27. Jeg er kjent med spesielle interessegrupper og aktiviteter i lokalmiljøet.	54 (4.9)	89 (8.1)	213 (19.4)	347 (31.5)	397 (36.1)	1100
28. Jeg legger til rette for at det eksisterer forskjeller blant tjenesteytere når det gjelder kultur, etnisitet, livstil og interesser.	56 (5.6)	73 (7.3)	227 (22.7)	323 (32.3)	321 (32.1)	1000

*Antall respondenter Skåringsskala fra 1 (Sterkt uenig) til 5 (Helt enig)

Tabell 16 B. Gjennomsnitt og standardavvik ved bruk av påstander i ROP-R.

Påstander	N	Gjennomsnitt	Standardavik
ROP1	1193	4.60	1.047
ROP2	1116	4.08	1.076
ROP3	1041	3.68	1.274
ROP4	1108	3.92	1.169
ROP5	1095	4.40	1.285
ROP6	1066	3.89	1.158
ROP7	1165	3.57	1.156
ROP8	1156	3.34	1.193
ROP9	1187	4.20	1.097
ROP10	1117	3.94	1.121
ROP11	1145	3.93	1.070
ROP12	1103	3.54	1.200
ROP13	1046	3.07	1.306
ROP14	1085	3.91	1.142
ROP15	935	3.68	1.227
ROP16	1023	3.69	1.215
ROP17	1080	3.94	1.147
ROP18	863	2.89	1.288
ROP19	949	3.15	1.215
ROP20	890	3.11	1.229
ROP21	798	2.96	1.226
ROP22	855	3.34	1.214
ROP23	735	2.51	1.295
ROP24	990	3.73	1.205
ROP25	1058	3.90	1.097
ROP26	1111	4.10	1.112
ROP27	1100	3.86	1.141
ROP28	1000	3.78	1.139

Innen ulike praksiser i psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid har det de siste 10 årene utviklet seg en sterk tradisjon og perspektiv knyttet til recovery. Dette gjelder både i klinisk arbeid, i utdanning og i forskning. Graderinger i påstandene i dette spørreskjemaet varierer stort, selv om gjennomsnittet viser at sykepleierne generelt sett var enige i utsagnene knyttet til en recoveryorientering i praksis. De fire høyest rangerte påstandene med et gjennomsnitt høyere enn 4.0 var: «I min første kontakt med brukere gjør jeg et tydelig forsøk på å ønske dem velkommen i tilbudet og hjelpe dem til å føle seg vel (#1)», «Jeg bruker ikke trusler, bestikkelser eller andre former for press for å påvirke brukernes oppførsel (#5)», «Jeg lytter til og respekterer de avgjørelser brukere tar om deres behandling og omsorg (#9) og «Den primære rollen for fagpersoner er å støtte en person med å nå hennes/hans egne mål og ambisjoner (#26). På den andre siden var mindre enn 20 % av sykepleierne enig i følgende syv påstander: «Jeg tror at alle brukere kan gjøre deres egne livsvalg med hensyn til hvor de vil bo, når de vil arbeide, hvem de vil være venn med osv. (#8)», «Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere dere seksuelle behov og interesser når de ønsker det (#13)», «Jeg

introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer (#18)», «Jeg knytter aktivt brukere til selvhjelps- og likemannstilbud, brukergrupper og programmer (#19)», «Jeg hjelper aktivt brukere i å finne måter å gi tilbake til deres lokalmiljø (f.eks. frivillighet, kommunale tilbud, nabovakthold eller søppelrydding) (#20)», «Mennesker i recovery oppmuntres til å hjelpe fagpersoner til å utvikle nye grupper, programmer eller tjenester (#21)» og «Mennesker i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedets ledelse og ledelsesmøter (#23)». Fire av disse påstandene var relatert til å benytte erfaringskonsulenter og/ eller medarbeidere med egenerfaring for å styrke den recoveryorienterte praksisen ved at disse personene kunne bruke egne erfaringer og kunnskaper for å hjelpe andre personer i deres bedringsprosesser.

Samarbeidende sykepleiepraksis – (Collaborative Practice Questionnaire - CPQ).

The Collaborative Practice Questionnaire (CPQ) er utledet fra de grunnleggende komponentene som er identifisert i en modell for samarbeidende praksis av Ness, et al. (2014). Det er ni ulike påstander i dette spørreskjemaet som fokuserer sykepleiernes praksiser knyttet til hvor samarbeidsorienterte de er i ulike deler og områder av den samme praksisen. Sykepleierne ble bedt om å skåre i hvilken grad de var enig eller uenig i de ulike utsagnene i spørreskjemaet relatert til egen praksis i psykisk helsearbeid. Tabell 17 A (neste side) viser en frekvensfordeling av de ulike påstandene i CPQ. Det var mellom 1090 til 1209 respondenter som skåret de ulike påstandene. Tabell 17 B (neste side) viser gjennomsnitt og standardavvik ved bruk av påstander i CPQ-

Tabell 17 A. Fordeling av de ulike påstandene i CPQ

Samarbeidende sykepleiepraksis	1	2	3	4	5	Totalt
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N*
1. Jeg er åpen om mine styrker og begrensninger i ferdigheter, kunnskaper, evner og erfaringer i psykisk helsearbeid og sykepleie med faglige kollegaer, brukere og familie- og nettverk.	50 (4.1)	41 (3.4)	90 (7.4)	382 (31.6)	646 (53.4)	1209
2. Jeg kommuniserer tydelig til brukere, familie- og nettverk og andre faglige kollegaer om min rolle og mitt ansvar som sykepleier.	44 (3.6)	50 (4.1)	122 (10.1)	426 (35.3)	566 (46.9)	1208
3. Jeg forsøker hele tiden å kjenne til og respektere unike verdier, roller, ansvarsområder, og ekspertise hos andre fagpersoner, brukere og familie- og nettverksmedlemmer.	53 (4.4)	36 (3.0)	86 (7.1)	360 (29.7)	676 (55.8)	1211
4. Jeg engasjerer meg aktiv i samtaler med andre fagpersoner, brukere og familie- og nettverksmedlemmer for å løse ulikheter i verdier, holdninger og forståelser med hensyn til psykisk helsetjenester.	39 (3.3)	69 (5.8)	153 (13.0)	372 (31.5)	548 (46.4)	1181
5. Jeg respekterer bidragene fra andre faglige kollegaer inkludert brukere og familie- og nettverksmedlemmer i avgjørelser knyttet til å yte psykisk helsehjelp.	53 (4.4)	35 (2.9)	61 (5.1)	327 (27.4)	719 (60.2)	1195
6. Jeg engasjerer meg i avgjørelser knyttet til å yte psykisk helsehjelp som medlem av et faglig team som inkluderer brukere, familie- og nettverksmedlemmer.	53 (4.9)	59 (5.4)	130 (11.9)	325 (29.8)	523 (48.0)	1090
7. Jeg kommuniserer åpent med fagpersoner, brukere og familie- og nettverksmedlemmer i relasjon til forskjeller, uenigheter og motsetninger knyttet til verdier, roller, mål, handlinger og erfaringer med tjenestene i forbindelse med møter.	38 (3.4)	62 (5.5)	169 (15.0)	366 (32.5)	490 (43.6)	1125
8. Jeg deltar aktivt i alle deler av det å yte helsefaglige tjenester inkludert felles beslutninger og planlegging for brukere.	50 (4.4)	74 (6.5)	157 (13.9)	380 (33.5)	472 (41.7)	1133
9. Jeg fremmer andres aktive deltagelse i alle deler av det å yte helsefaglige tjenester inkludert felles beslutninger og planlegging for brukere.	37 (3.3)	68 (6.1)	199 (18.0)	400 (36.2)	402 (36.3)	1106

*Antall respondenter

Skåringskala fra 1 (Sterkt uenig) til 5 (Helt enig)

Tabell 17 B. Gjennomsnitt og standardavvik ved bruk av påstander i CPQ

Påstander	N	Gjennomsnitt	Standardavvik
CPQ1	1209	4.27	1.023
CPQ2	1208	4.18	1.016
CPQ3	1211	4.30	1.027
CPQ4	1181	4.12	1.054
CPQ5	1195	4.36	1.020
CPQ6	1090	4.11	1.115
CPQ7	1125	4.07	1.052
CPQ8	1133	4.02	1.102
CPQ9	1106	3.96	1.044

Som vist i tabellene over er sykepleiernes skåring av påstandene om samarbeidende praksiser generelt sett høy, med unntak av et utsagn: «Jeg fremmer andres aktive deltagelse i alle deler av det å yte helsefaglige tjenester inkludert felles beslutninger og planlegging for brukere (#9)». Her skåret mindre enn 40 % av sykepleierne på «helt enig». Tre påstander fikk mer enn 50 % av sykepleiernes tilslutning til «helt enig». Disse var: «Jeg er åpen om mine styrker og begrensninger i ferdigheter, kunnskaper, evner og erfaringer i psykisk helsearbeid og sykepleie med faglige kollegaer, brukere og familie- og nettverk (#1)», «Jeg forsøker hele tiden å kjenne til og respektere unike verdier, roller, ansvarsområder, og ekspertise hos andre fagpersoner, brukere og familie- og nettverksmedlemmer (#3)» og «Jeg respekterer bidragene fra andre faglige kollegaer inkludert brukere og familie- og nettverksmedlemmer i avgjørelser knyttet til å yte psykisk helsehjelp (#5)». Resultatene av denne skåringen tyder på et ønske om å inkludere samarbeid både som verdi og praksis i sykepleiernes kliniske virksomhet.

4.2 Kvalitative funn

Generelle data

Det totale antallet deltakere i fokusgruppeintervjuene er 56 (N), hvor 45 er kvinner og 11 er menn. Aldersgruppedelingen viser at fire sykepleiere er mellom 25-34 år, 17 stykker mellom 35-44 år, 21 mellom 45-54 år og 14 mellom 55 og 64 år. Fem sykepleiere har bachelorutdanning, 45 har en eller annen form for videreutdanning og seks har en mastergradsutdanning. Relatert til erfaring som sykepleier er det en som har 0-1 år, to har 1-2 år, og hele 53 har mer 3 års erfaring som sykepleier.

Det er 40 sykepleiere som har vært mer enn tre år i den aktuelle stillingen, syv stykker har vært der 2-3 år, det samme antallet 1-2 år og to har vært i stillingen mindre enn ett år. Det er 47 sykepleiere som arbeider heltid og ni stykker som arbeider deltid. Av de 56 sykepleierne arbeider fire stykker i hjemmesykepleien, i psykisk helsetjeneste arbeider det 27 stykker, og i både psykisk helse- og rustjeneste arbeidet det 21. I ulike kommunale tjenestetilbud til samme målgruppe arbeidet det fire sykepleiere.

I en gradering av andre yrkesgrupper som var i det aktuelle tjenestetilbudet som informantene arbeidet i var det flest sykepleiere, deretter vernepleiere, så helsefagsarbeidere/psykiatriske hjelpepleiere, på en 4. plass var det sosionomer og barnevernspedagoger, som nr. 5 var det ergoterapeuter, deretter andre høgskoleutdannende og til sist ufaglærte. Noen få steder var det tilknyttet psykolog, lege og/eller psykiater. De siste to gruppene i deltidsstillinger. Når det gjaldt tilbudet ved tjenestestedet så gav ingen tilbud alle ukens syv dager, ett sted gav tilbud

også på lørdager, og de resterende gav tilbud på dagtid mandag til fredag. Av åpningstider var flest åpen bare på dagtid mellom 9 og 15, deretter de som hadde dag- og kveldsåpent mandag til fredag og endelig det stedet som var åpent på dag- og kveld også på lørdag.

Når det gjaldt hvordan brukere kunne få tilbud så tok de fleste imot basert på henvisning fra personen selv, familie og venner. Videre rekkefølge var fra fastlege, psykiater eller psykologspesialist, fra spesialisthelsetjenesten og fra annet helsepersonell enn lege og psykolog. Til sist, og de som utgjorde de færreste henvisningene, var fra legevakt og AMK, barnevern, kommunalt inntaksteam, politi, flyktningeteam, arbeidsgiver og kommunalt tildelerkontor. Fire av sykepleiere arbeidet i kommuner med 0-2.000 innbyggere, det samme antallet i kommunestørrelser mellom 2-5.000, 5-10.000, fem sykepleiere arbeidet i kommuner med 10-20.000 innbyggere, fem i kommuner med 20-30.000, fem i kommuner med 30-40.000 innbyggere og fem i kommuner med 40-50.000 innbyggere. De resterende 29 sykepleierne arbeidet i kommuner eller bydeler med mer enn 50.000 innbyggere.

Det er gjennomført 12 fokusgruppeintervjuer, hvorav deltakerne representerer alle de ulike kommunestørrelsene i Norge. Intervjuguiden som ble brukt i fokusgruppeintervjuene hadde syv temaer med underspørsmål som søkte å fange deltakernes erfaringer og opplevelser relatert til de to overordnede forskningsspørsmålene (Vedlegg 3). I det følgende presenteres tre hovedtemaer med undertemaer som er fremanalysert på bakgrunn av alle intervjuene. Først ble intervjuene analysert hver for seg, deretter i relasjon til hverandre for å kunne gi en helhetlig fremstilling i følgende hovedtemaer; 1. Sykepleiernes funksjoner og handlinger, 2. Faglige forståelser og holdninger og 3. System- og organisasjonsbetingelser. Hovedtemaene vil bli belyst med undertemaer som søker å fange mangfoldet og variasjonen og fellestrekk og sammenhenger. I fremstillingen av de ulike undertemaer vil det ikke bli henvist til sitater fra deltakerne. Dette fordi det vil kreve for stor plass i formatet for denne rapporten. Som det fremgår av beskrivelsen av analysen av de kvalitative dataene er denne gjort på en systematisk måte og i samarbeid mellom flere forskere. Denne prosessen tilsier at temaene er basert i deltakernes utsagn og siden validert i forskerfelleskapet.

Temaområde 1: Sykepleiernes funksjoner og handlinger.

Under dette hovedtemaet er det seks undertemaer: 1. Relasjonsarbeid, 2. Observasjoner, 3. Terapeutisk funksjon, 4. Veiledende funksjon, 5. Talsperson og 6. Funksjonsorientering. Dette hovedtemaet fokuserer hvordan det er å arbeide som sykepleier i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Hva innebærer det konkret og hva gjøres og hvordan? De 56 sykepleierne

er ansatt enten i pleie- og omsorgstjenestene, i avdeling for psykisk helse, avdeling for rus eller i avdeling for psykisk helse og rus. Felles, og uavhengig av tjenestested, arbeider alle både med psykisk helse og rus. Ikke oppdelt i det ene eller det andre, men i sammenheng. Flere tilskriver dette tjenesteutviklingen de siste 20 årene med vektlegging av at mennesker skal ha tilbud der hvor de lever og bor. Dette innebærer videre at tjenestemottakerne i større grad også har sammensatte behov og lidelser.

Et annet viktig forhold er at flere personer som sliter med utfordringer knyttet både til psykisk helse og rus har fått tilbud om bolig i sine hjemkommuner. Denne utviklingen både styrker og utfordrer sykepleiernes funksjoner og handlinger. Analysen i materialet viser at deltakerne opplever sin egen rolle og funksjon som delvis flytende. Dette i den forstand at endringene i brukergrupper på den ene siden styrker sykepleiernes kompetanse innenfor det somatiske og fysiske, samtidig som det utfordrer på de psykiske og terapeutiske områdene. Mange fremholder at sykepleiernes rolle og funksjon er i bevegelse, samtidig som den er bestandig i kraft av sykepleiernes egne kunnskaper og selvstendige bidrag i møter med brukere.

Relasjonsarbeid

Sentralt i dataanalysene er deltakernes forståelse og vektlegging av det relasjonelle. Dette innebærer å se det mellommenneskelig i relasjonen til den andre, vektlegge det som er felles menneskelig og det som er forskjellig. Uten unntak fremholdes det at det er relasjonen som kommer først, og dens betydning for samarbeidet. Flere av deltakerne forteller at de *ikke* slår av jobbmobilten når de har fri. Dette grunnet at hvis noe skulle skje med brukerne så er det langt bedre for relasjonen og samarbeidet at de kan tilkalles i sin fritid enn at de skal «rydde opp» når de kommer på jobb. Hensynet til, og betydningen av relasjonen til brukeren, er viktigst. Samtidig stiller nye grupper av tjenestemottakere nye utfordringer. Særlig gjelder dette personer som sliter med doble problemer, unge som sliter med selvmordsproblematikk og eldre som er psykisk utsatt grunnet ensomhet og sosial isolasjon.

Observasjoner

Flere av informantene forteller om en forskyvning i brukergruppen. På den ene siden unge mennesker mellom 18 og 30 år, hvorav flere sliter med selvmordsproblematikk og rusutfordringer. På den andre siden er den økende gruppen av personer mellom 50 og 70 år som har levd lenge med store utfordringer knyttet til rus og psykisk helse og som nå har fått et sted å bo. Den siste gruppen kan ha store fysiske helseutfordringer som gjør sykepleiernes kompetanse påkrevd og verdsatt. Den første gruppen av unge kan ofte ha mye og ulik medikasjon som også fordrer observasjon og oppfølging av sykepleier. Flere av sykepleierne

forteller at de synes det er en styrke at de har denne kompetansen i relasjon til andre yrkesgrupper. Det gir også mening faglig sett å kunne benytte denne kunnskapen. Et annet vesentlig aspekt ved det å observere er deltakernes betoning av fokus på hverdagslivet, og hvordan de kan bruke sin kompetanse. Flere fremholder at det viktigste kommer først forstått som at ser de at det trengs til oppvask, klesvask eller handling av mat, gjør de fleste dette. Slike handlinger gir gode synergieffekter på det relasjonelle samarbeidet.

Terapeutisk funksjon

En sammenfattende fremstilling av dataanalysen her ville kunne være «umiddelbar terapi i det hverdagslige». Deltakerne fremholder at deres viktigste terapeutiske funksjon er å holde fast det å mestre hverdagen for brukeren, og hvordan de som fagpersoner kan bidra til dette gjennom ulike planer og tiltak. Det betyr at sykepleierne også inviterer til det som omtales som «støttesamtaler» som forstås som ikke-terapeutiske samtaler om livet i hverdagen som kan ha terapeutisk effekt uten at dette er tilsiktet. Disse samtalene kan både oppstå spontant i det umiddelbare og kan planlegges som en del av samarbeidet med bruker. Som nevnt under det forrige undertemaet «Observasjon», er den somatiske og fysiske delen av sykepleiehandlinger et sentralt element i det terapeutiske arbeidet. Det hverdagsnære innebærer også at sykepleierne arbeider i ulike kontekster forstått som at de arbeider der hvor det mest tjenlig for brukerne. Det være seg i hjemmet, i naturen, på kafe eller på et kontor.

Veiledende funksjon

Denne funksjonen er nært knyttet til det forannevnte undertemaet i betydningen av det å tilby veiledning i relasjon til brukernes daglige behov og utfordringer er en sentral del i samarbeidet. Mange av informanter tilbyr og gir også veiledning til andre kollegaer i egen og andre tjenester som samarbeider med den aktuelle målgruppen. Flere av sykepleierne påpeker at denne arbeidsoppgaven er viktig i det å utvikle og holde fast både de mono-, fler- og tverrfaglige perspektivene, diskusjonene og arbeidsoppgavene. Flere erfarer at det å påpeke det monofaglige bidra til å styrke det fler- og tverrfaglige samarbeidet.

Talsperson

Som følge av stadige system- og organisasjonsendringer i helse-, sosial- og velferdssektoren opplever de fleste av informantene at denne oppgaven er blitt enda viktigere og større i omfang. Et meget tydelig eksempel er de byråkratiserende konsekvenser NAV-reformen har fått for personer som sliter med psykisk helse- og rusutfordringer. Det samme gjelder stadige omorganiseringer i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Informantene opplever at de bruker mye av sin arbeidstid til å formidle og ta kontakt med de ulike tjenestene på vegne av brukerne fordi disse ikke evner å holde ut. Samtidig er sykepleierne

oversettere av det byråkratiske språket til det hverdagslige, samt oversettere av kulturelle forskjeller mellom tjenestene. Hvordan ulike tjenestetilbud *må* ha det på sin måte når målsettingen er sømløse og samhandlende tjenester til innbyggerne, må ofte oversettes og gis et meningsfullt innhold. Sykepleierne forteller om mye tid som går til oversettelse og ta kontakt med ulike tjenester. Jo større kommune – jo større utfordringer finnes.

Funksjonsorientering

Dette undertemaer viser til funksjonsorientering på tre områder. Først er det knyttet til samarbeid med andre fagpersoner. Sykepleierne fremholder at de er opptatt av å fokusere på hva de kan bidra med av sykepleiefaglig kompetanse og kunnskap inn i det fler- og tverrfaglige arbeidet. De opplever seg selv åpen og lyttende for andre faglige perspektiver og synspunkter. De ønsker å respektere disse med vekt på å diskutere seg frem til en felles og omforent forståelse, og et godt tilbud til brukerne. De erkjenner og verdsetter betydningen av utfyllende overlapping, både knyttet til perspektiver, fag og tjenester. Det andre området er knyttet til egen funksjon som sykepleier. Informantene forteller at de føler seg klar på at deres monofaglige blikk kan være tilstrekkelig i samarbeidet med brukere. De erfarer at deres faglige kompetanse og ferdigheter strekker til og kan være til hjelp i de fleste situasjoner. Den tredje orienteringen mot funksjon er knyttet til brukerne. Det henger sammen med begrepet om «umiddelbar terapi i det hverdagslige». Deltakerne fremholder at dette innebærer å holde fast og styrke brukerens evner og muligheter til å fungere best mulig på sin måte, i sin takt og på sine premisser.

Temaområde 2: Faglige forståelser og holdninger.

Under dette hovedtemaet er det fem undertemaer: 1. Det spesifikke, 2. Fleksibilitet og pragmatisme, 3. Det eksistensielle og åndelige domenet, 4. Faglig selvbilde og stolthet og 5. Tradisjon og fornyelse. Dette hovedtemaet fokuserer de ulike faglige forståelser, perspektiver og holdninger de aktuelle sykepleierne legger til grunn i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Som det vil fremgå av presentasjonen inneholder dette hovedtemaet en tydelig både-og tilnærming. Informantene synes det både er vanskelig å artikulere – og ikke – hva som er det spesielle ved å være sykepleier. De har både en monofaglig identitet, samtidig som de uttrykker en klar tverrfaglig tilnærming. Deres kliniske blikk er spesielt, og det utfyller andre faggruppers i en helhet. De uttrykker en faglig stolthet som både avgrenser og inviterer, noe som gjør at de er fleksible og pragmatisk i sitt arbeid. Den kommunale konteksten gjennom møter med brukere på andre og nye arenaer enn tidligere, stiller krav til en ny

profesjonalitet basert på det fellesmenneskelig, det mellommenneskelige og det som utgjør forskjeller i møtet og samarbeidet.

Det spesifikke

Hva som utgjør det spesifikke i det sykepleiefaglige perspektivet og forståelsen er vanskelig å artikulere. De fleste av informantene uttrykker at det er der som en implisitt forutsetning i arbeidet som sykepleier. Ved en nærmere utforskning uttrykker mange at det spesifikke er den grunnleggende sykepleiefaglige kunnskapen man ervervet i grunnutdanningen. Den sykepleiefaglige forståelsen er så og si innpodet i de første utdanningsårene. Flere uttrykker det som at de opplever å ha et annet faglig blikk i form av grunnleggende kunnskaper og holdninger enn andre yrkesgrupper innehar. Når vi undersøker hva dette blikket kan inneholde er det særlig to dimensjoner som løftes frem. Det ene er det helhetlige perspektivet ved mennesket som omtales som spesifikt ved sykepleiefaget. Det innebærer å se mennesket som en helhet i betydningen av det fysiske, det psykiske, det sosiale og det eksistensielle. Og ikke minst; at disse fire komponentene til sammen utgjør langt mer enn helheten. Har man en sykdom eller lidelse viser denne seg på alle de fire nevnte områder for personen. Den andre dimensjonen ved sykepleiefaglige blikket er den somatiske kunnskapen. Dette er en kunnskap som få andre høyskoleutdanninger har. De tidligere nevnte endringer i brukergruppene innenfor psykisk helse og rus, gjør denne kunnskapen sentral i møtet med brukerne og andre faggrupper.

Fleksibilitet og pragmatisme

Analysen av data viser at informantene opplever å ha en identitet som sykepleier. Denne identiteten er noe som er særegent og forskjellig fra andre faggrupper. Som nevnt over erfarer informantene de faglige forskjeller som viktige å ivareta. Samtidig uttrykker de å ha en tverrfaglig fleksibilitet og pragmatisme. Dette innebærer at de i møte med brukere og andre fagpersoner har med seg en sykepleiefaglig helhetstilnærming. Dette innebærer en bred kartlegging av hva som er brukerens individuelle, helsemessige situasjon og sammenholdt med forhold knyttet til bolig, økonomi, arbeid, miljø, nettverk og livskvalitet. Fleksibiliteten består i at sykepleierne vet hva de kan uten at de insisterer på sin monofaglige kunnskap og går i dialog med brukerkunnskap og kunnskap fra andre fag, i den hensikt å legge til grunn en bred tverrfaglig tilnærming. Pragmatismen uttrykker seg i «hva som kommer først, kommer først». Dette innebærer at informantene rydder og vasker, ordner med regninger, hjelper til med innkjøp, om dette er nødvendig, før man samtaler om ulike livs- og personlige utfordringer. Slik uttrykker sykepleierne at de erfarer å ha et avklart forhold til sitt mandat

som fagpersoner, og at det å håndtere dette mandatet til beste for personene de samarbeidet med, i all hovedsak lar seg gjøre.

Det eksistensielle og åndelige domenet

Det å ha fokus på det eksistensielle og åndelige i samarbeid med brukere forstår informantene som noe særegent i den sykepleiefaglige forståelsen og tilnærmingen. Konkret innebærer dette å kunne samtale om meninger med livet, livskvalitet, verdier og holdninger til grunnleggende eksistensielle spørsmål. Sykepleierne uttrykker at dette er en ballast de har fra sin grunnutdanning. Noe som ble tydeliggjort da og har holdt seg siden. Utgangspunktet er personens lidelse hvor mening søkes i et åpent landskap av mulige forståelser og perspektiver. I denne søkingen kan det eksistensielle og det religiøs ha eller få sin plass.

Faglig selvbilde og stolthet

Informantene uttrykker en opplevelse av å ha en tydelig identitet som sykepleier. Flere fremholder at dette er noe som har utviklet seg etter endt grunnutdanning gjennom det å arbeide som sykepleier. Mange av sykepleierne omtaler at det konkrete uttrykket av det faglige selvbildet viser seg gjennom det kliniske blikket. Det er dette som definerer hva som er god faglighet og ikke. Sykepleiere uttrykker at de har et avklart forhold til hva de kan og ikke. Kjenner sine faglige begrensninger i kombinasjon med å søke ny kunnskap og nye utfordringer. Når egen faglighet ikke strekker til, søkes andres. De uttrykker en faglig stolthet som samtidig er inviterende mot andre faggrupper. Som sykepleiere inngår de som en del av helheten. Flere fremholder at det er krevende å holde en høy faglig standard i tider med økt tidspress, økt standardisering og økte krav til dokumentasjon.

Tradisjon og fornyelse

Dette undertemaet uttrykker den erfaring som mange av de intervjuede har; nemlig at de startet sitt arbeid som sykepleier i institusjon og når arbeider uten disse trygge rammene. Det å arbeide i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid gir mange nye utfordringer og erfaringer. Dette er et arbeid som krever både å holde fast i tradisjonen i faget, samtidig som det krever fornyelse. Flere fremholder at de forstår seg selv som hverdagshelter. De samarbeider med brukerne hver dag. Man møtes hjemme, på kafe eller i en park krever andre og nye måter møte og tilnærme seg brukere, etisk, faglig og menneskelig. Flere uttrykker at den mellommenneskelige dimensjonen ble mer fremtredende og viktig. Flere snakker om at det gamle skillet mellom personlig og privat er utgått på dato. De omtaler det som vennskapelig profesjonalitet hvor en har mot og vilje til å gå utenfor rammen og utforske det ukjente sammen med brukere. Det å arbeide med håp og dets mulighetsbetingelser for personer som sliter med psykisk helse- og rusvansker er en sentral og utfordrende oppgave. Dette fordi

brukere kan ha mistet håpet. Informantene omtaler det som faglig og personlig inspirerende å kunne stå på for en gruppe som ofte har lite og få støttepersoner. Det fornyende elementet i en kommunal kontekst handler om like å stå alene i situasjoner, ha evne og vilje til å ta avgjørelser og kunne tenke selv.

Temaområde 3: System- og organisasjonsbetingelser.

Under dette hovedtemaet er det fem undertemaer: 1. Samfunnspåvirkninger, 2. Dokumentasjon, produksjon og tid, 3. Samhandling, 4. Skiftende språkbruk og ideologi og 5. Endringstretthet. Dette hovedtemaet fokuserer hvordan system- og organisasjonsbetingelser spiller avgjørende inn og med det arbeidet som de aktuelle sykepleierne gjør innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Dette hovedtema viser hvordan de siste 20 års politiske føringer for feltet psykisk helse og rus bidrar til å endre rammene, innholdet og arbeidsmåtene. Dette er en tilsiktet endring og utvikling fra politisk og byråkratisk hold. Funnen i denne studien kan tyde på at de faktiske endringer ikke alltid er i tråd med gode politiske intensjoner. Det gjelder særlig på de områdene hvor byråkratiske og standardiserte prosedyrer for dokumentasjon, tidsbruk og konsultasjoner har til hensikt å styre den kliniske virksomheten i en bestemt retning. Det å stå i store endringer og omlegginger av rammer, struktur og innhold som mange av informantene har gjort, skaper en tretthet, og tidvis en resignasjon, med hensyn til ønsket om å skape bedre tjenester for brukerne. For flere av sykepleierne kan det også skape motstand mot endringer som faktisk er til det bedre, rett og slett fordi man ikke har overskudd til mer endring.

Samfunnspåvirkninger

Mange av sykepleierne betoner hvordan endringer i den samfunnsmessige styringen av helse-, sosial- og velferdssektorene generelt, og psykisk helse- og russektoren spesielt, skjer hyppigere og mer omfattende enn tidligere. Eksempler som nevnes er Opptappingsplanen for psykisk helse, Rusreformene, NAV-reformen, Samhandlingsreformen og senest gjennom Veilederen for kommunalt psykisk helse- og rusarbeid «Sammen om mestring» fra 2014. Disse utviklingstrekkene gir en klarere styring i det lokale psykisk helse- og rusarbeidet knyttet til rammer, innhold og struktur. Informantene forteller hvordan de stadige endringer er krevende for dem som fagpersoner. Viktigst fremholdes det hvordan disse endringene ofte fremstår som ekstrabelastninger for mennesker i den aktuelle målgruppen. Konkrete eksempler er samarbeidet med NAV slik mange brukere opplever det: Svært vanskelig tilgjengelig for kontakt, nye personer, krav til dokumentasjon fra bruker som krever f.eks. datamaskin som ikke alle har, mistenksomme holdninger fra ansatte m.v. De strukturelle

endringene som vedtas på politisk nivå i en beste mening kan for flere av sykepleierne fremstå som tilføring av økt lidelse, både i hverdagslivet og eksistensielt. Det å ikke få en forventet utbetaling fra NAV grunnet syk ansatt, kan gi tap av nattesøvn, utkastelse av leilighet, eller ikke penger til mat.

Dokumentasjon, produksjon og tid

Dette undertemaet henger sammen med det foregående. Sykepleierne viser til det økte kravet om skriftlig dokumentasjon i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. De aller fleste hilser dette velkommen. Samtidig undrer de seg over hva som er intensjonen og hva dette skal brukes til og for hvem. Mange opplever at i en og samme kommune er det en rekke ulike dokumentasjonssystemer som ikke er kompatible og som ikke kan brukes for å styrke brukermedvirkningen. Ofte kan det virke som dokumentasjonen tjener en selvoppfyllende juridisk hensikt, og i mindre grad faglig. Sykepleierne forteller også hvordan de opplever et press på tid. I den betydning av at ting skal gjøres raskere, og hver enkelt bruker får mindre tid til samvær med fagpersonen. «Produksjonen» forstått som økt antall konsultasjoner med mindre bruk av tid på hver enkelt. Denne utvikling fremholder informantene som bekymringsverdig, både for egen del og for ansatte i spesialisthelsetjenesten, og særlig ved de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS). Sykepleierne opplever at man stadig må spare penger ved DPS samtidig med krav om økt tempo, utvidete rapporteringskrav og høyere produksjon. Denne utvikling i alle tjenester i psykisk helse- og rusarbeid kan gi negative utslag både for ansatte og ikke minst de som bruker tjenestene, fremholder sykepleierne. Flere av informantene uttrykker at de føler seg konstant testet. Alt de gjør skal veies og måles. Samtidig opplever de fleste av informantene velvilje hos arbeidsgivere til faglig oppfølging og utvikling som kurs, etter- og videreutdanning og veiledning, så lenge dette ikke tas av den totale arbeidstiden. Sykepleierne må sørge for å justere dette slik at brukerne får sin tilmålte tid. De ansattes fritid blir den regulerende faktoren.

Samhandling

Kravet om samhandling er blitt langt større både i tråd med helsereformer som har vært og er, og knyttet til endringer av organisasjoner som NAV, spesialisthelsetjenesten, andre profesjonelle og private nettverk samt samarbeid med familie og pårørende. Informantene forteller at dette er et arbeid som har høy prioritet fra deres side. Særlig gjelder dette i relasjon til koordinering og samarbeid med andre offentlige tjenester. Det er tidkrevende arbeid – særlig i større kommuner. I mindre kommuner vet man om *en* person i NAV man kan henvende seg til som kjenner bruker og sykepleier. I større kommuner er det et lykketreff om man snakker med en kjent saksbehandler. Det siste er utfordrende for samarbeid, samhandling

og de ønskede resultatene, særlig for brukeren. Sykepleierne kan bruke mye tid på å administrere samarbeidet både med NAV og spesialisthelsetjenesten fordi målgruppen som sliter med både psykisk helse- og rusvansker, ofte faller mellom to stoler og har hatt mange og ulike saksbehandlere. Ønsket om *en* dør inn til alt for denne gruppen står høyt. Brukerne kommer med hele seg, og får ofte beskjed om at et sted bare kan arbeide med en ting. Sykepleierne ser på seg selv som limet og bindeleddet mellom de forskjellige tjenestene fordi de er tette på og kjenner best brukeren best.

Skiftende ideologi og språkbruk

De nevnte reformer i psykisk helse- og rusfeltet har også en ideologisk side. En vesentlig reform for psykisk helsefeltet er Opptrappingsplan for psykisk helse fra 1998 – 2008. Den betoner en holistisk forståelse av personen som erfarer lidelse, brukermedvirkning på alle plan samt lokalbaserte tilbud. Rusreformene (2004), ROP-retningslinjene (2012) og veilederen «Sammen om mestring» (2014) betoner mer likeverdig samarbeid mellom bruker og fagperson, recoveryorientering og livskvalitet. I perioden 1998 til 2015 endres begreper og nye innføres som knyttes til ny ideologi og ny arbeidsformer. Det heter ikke lenger empowerment, brukermedvirkning, praksisutvikling, bolig – det heter recovery, samvalg, innovasjon og housing first. Mange lurer på hva som egentlig er nytt i begrepene. Samtidig er begrepene både ideologisk og økonomisk ladet fra politiske myndigheter. Det gir ofte prosjektorganisering og finansiering som varer i tre år. Man må da orientere seg på nytt for å søke midler til nye prosjekter.

Endringstretthet

Sykepleierne erfarer en endringstretthet. De arbeider under stadige omorganiseringer og endringer, både i egne og i andre samarbeidende tjenester. Det å holde fast et helhetlig perspektiv i samarbeidet med brukere er krevende når det er økt produksjon og høyere effektivitet som begrunner omorganiseringer. Flere av informantene fremholder at brukerne er de som lider under endringsprosesser. De skal gjøre seg kjent med nye systemer, prosedyrer og ofte også fagpersoner. Sykepleierne opplever dette som en bekymringsfull utvikling sett i lys av relasjonens og det relasjonelle arbeidets betydning i psykisk helse- og rusarbeid. Særlig trekkes gruppen eldre personer som lever med psykisk helse- og rusvansker som en utsatt gruppe i så henseende. Få av informantene mener at bestiller-utfører-modellen skaper hindringer for å kunne gjøre et godt faglig arbeid. De fleste erfarer at de har fleksibilitet og handlingsrom innenfor denne modellen fordi de kan argumentere faglige for endringer i ønsker og behov hos brukere. Det er overordnede system- og organisasjonsendringer a la Samhandlingsreformen som skaper faglig resignasjon og motløshet hos informantene.

Kapittel 5: Diskusjon

Diskusjonen er strukturert i forhold til å sammenholde de sentrale funnene fra den kvantitative delstudien relatert til ditto funn fra den kvantitative delstudien. Dette vil gjøres ved både å peke på sentrale funn i de to respektive studiene og sammenhengen mellom dem.

De samlede funn er blitt fremstilt gjennom en kvantitative og kvalitative del. I den kvalitative relateres funnene til tre hovedtemaer: 1. Sykepleiernes funksjoner og handlinger, 2. Faglige forståelser og holdninger og 3. System- organisasjonsbetingelser med i alt 16 undertemaer. De kvantitative funnene fremstilles i ulike tabeller under hovedoverskriftene: A: Generell informasjon, B: Karakteristika ved nåværende arbeidssted, C: Karakteristika ved nåværende stilling, D: Karakteristika ved brukere av nåværende tjenestested, E: Gradering av ulike kliniske arbeidsmåter, F: Person- og recoveryorientert sykepleiepraksis og G: Samarbeidende sykepleiepraksis. I den følgende diskusjon av funn vil det bli gjort i form av fem hovedtemaer: 1. Beskrivelser av utvalget, 2. Beskrivelser av pasientgrunlaget, 3. Sykepleiefaglig tilnærming, 4. Sykepleieren som fagperson og 5. Samarbeidspartnere og organisering.

1. Beskrivelser av utvalget

Utvalget av sykepleiere i begge delstudier viser at gruppene består hovedsakelig av kvinner- bare en av ti er menn. Over 2/3 har en eller annen form for videreutdanning, halvparten har en videreutdanningen i psykisk helse og rus, bare et lite antall har en mastergrad og nesten en av tre arbeider deltid. Alderssammensetningen er relativt jevnt fordelt i aldersgruppene fra 25 til 65 år med et litt større antall mellom 35 og 50 år. Hele 85% av sykepleierne hadde mer enn 5 års erfaring fra generell sykepleie og slik høy grad av erfaring fra grunnleggende klinisk sykepleie. To av tre har mindre enn 1 års erfaring fra rustjenester, og 20% hadde erfaring fra psykiatrisk sykepleie i spesialisthelsetjenesten. Hele 55% av sykepleierne hadde mer enn 5 års erfaring fra kommunehelsetjenesten, de har arbeidet mer enn 3 år i nåværende stilling og har mer enn 5 års klinisk erfaring. Mannlige sykepleiere har lengre erfaring fra psykisk helsevern og rus, enn de kvinnelige. Hovedtyngden av sykepleierne som arbeidet i psykisk helse- og rustjenester og skolehelsetjenester, har en videreutdanning med relevans for arbeidet.

2. Beskrivelser av pasientgrunlaget

Hovedtyngden av de pasienter som sykepleierne i studien møter er i aldersgruppen mellom 31 og 50 år. Personer over 65 år utgjør ca. 20% og gruppen unge voksne mellom 18 og 25 år

utgjør ca.13%. Det er ca.70% av brukerne som har en diagnostisert psykisk lidelse som den største helseutfordringen, 32% pasientene sliter med rusvansker alene og 44% beskrives som å ha et samtidig psykisk helse- og rusproblem. Den siste pasientgruppen beskrives som den største helseutfordringen for sykepleierne. De som har lang erfaring omtaler dette som en forskyvning fra tidligere ved at denne gruppen har store og sammensatte helsevansker også på det somatiske området, og er gjennomgående eldre enn andre pasientgrupper. Nye brukere henvises fra et mangfold av instanser fra spesialisthelsetjenester til personen selv. En tredjedel av tjenestestedene hadde ikke mottatt henvisninger fra brukeren selv, dennes familie eller venner. Sykepleierne arbeider mye med å ta imot og adressere personers helsevansker med psykisk helse og rus. Innenfor de ulike tjenesteområdene møter man i skolehelsetjenestene hyppigst enkeltstående episoder av psykisk helsevansker. I psykisk helse- og/eller rustjenester opplever sykepleierne hyppigst personer med en diagnostisert psykisk lidelse, psykisk krise i relasjon til en kjent og diagnostisert psykisk lidelse samt personer med en samtidig psykisk helse- og ruslidelse.

3. Sykepleiefaglige arbeidsmåter

Sykepleierne i studien arbeider i all hovedsak (81.6%) i kliniske stillinger enten som off. godkjente sykepleiere, psykiatriske sykepleiere/psykisk helsearbeidere eller helsøstre. De arbeider i ulike og varierte kommunale tjenester fra generelle helsetjenester som hjemmesykepleie, skolehelsetjenester og forbyggende helsearbeid til arbeid i hjemmebaserte psykisk helse- og rustjenester og arbeid i bolig for personer med rus- og psykisk helsevansker. Nærmere 60% arbeider i kommunale tjenester som tilbyr psykisk helse- og eller rustjenester enten hjemmebasert eller i andre kontekster. Det er 70 % av tjenestene ble gitt i hjemmet eller i kombinasjon med andre kontekster (nær 3 av 4). Tilbudene gis hovedsakelig på dagtid enten fem eller seks dager i uken. Det er få sykepleiere som arbeider i 24/7 tjenester (11%). Funnene viser at sykepleiere med mer enn ett års erfaring fra spesialisthelsetjenesten arbeidet oftere i kommunalt psykisk helsearbeid uten rus. De som hadde mer 10 års erfaring fra kommunehelsetjenesten og de med erfaring fra tidligere rusarbeid, arbeidet i større grad med både psykisk helse- og rusarbeid i kommunen.

Sykepleierne i studien arbeider for det meste klinisk hvor individuelt arbeid med vekt på støttesamtaler er det sentrale. De tre viktigste arbeidsmåtene er direkte klinisk arbeid, møter med andre fagpersoner om og med bruker samt dokumentasjon av klinisk arbeid. Særlig psykisk helse- og rustjenester er direkte klinisk arbeid den viktigste arbeidsmåten (90.4%).

Skolehelsetjenestene er oftere engasjert i konsultasjon og veiledning samt undervisning, og i generelle helsetjenester er de oftere engasjert i administrativt arbeid. Av alle grupper er det de med videreutdanninger som utfører det kliniske arbeidet med pasientene. Gjennomgående har sykepleierne kontakt med brukere 1-3 ganger pr. uke. Felles, og uavhengig av tjenesteområder, arbeider alle med både psykisk helse og rus i en eller annen form. Det være seg i hjemmesykepleien eller i lavterskeltilbud som er åpent 24/7.

Når en ser på de terapeutiske arbeidsmåtene til sykepleierne er den viktigste og mest brukte støttesamtaler, deretter motivasjonsarbeid, relasjonsbygging og veiledning og konsultasjon. De minst brukte terapeutiske arbeidsmåtene er psykoterapi, familie- og nettverksterapi og kriseintervensjon. Ser en på fordelingen av tjenesteområder og terapeutiske arbeidsmåter finner en at sykepleier i generelle helsetjenester oftere arbeider med medikamentell vurdering og oppfølging, sykepleiere i psykisk helse- og rustjenester utøver oftere psykoterapi, kriseintervensjon, relasjonsbygging og motivasjonsarbeid og skolehelsesøstre er hyppigere engasjert i støttesamtaler, veiledning og konsultasjon samt familie- og nettverksterapi. For alle sykepleiere er den viktigste tilnærmingen til pasienter individbasert og i svært liten grad familieorientert (4.4%). Sykepleierne arbeider i stor grad i team (68,4 %), og omtrent halvparten lager behandlingsplaner og/eller individuelle planer sammen med pasienter.

Ser en samlet på datamaterialet knyttet sykepleiefaglige arbeidsmåter ligger begrepet om hverdagsmestring meget nært. Fokuset er på hverdagslivet, livsmestring og livskvalitet. Gjennom kliniske og terapeutiske arbeidsmåter arbeider sykepleiere med å bidra til at brukeren kan mestre hverdagen og derigjennom stimulere til generell bedring og økt grad av opplevd velvære og livsmestring. Dette innebærer et sykepleiefaglig fokus på hvordan de som fagpersoner kan bidra til hverdagsmestring gjennom ulike planer og tiltak. Sykepleierne arbeider i ulike kontekster forstått som at de arbeider der hvor det mest tjenlig for brukerne. Det være seg i hjemmet, i naturen, på kafe eller på et kontor. Den somatiske og fysiske delen av sykepleiehandlinger et sentralt element i det terapeutiske arbeidet ved at flere personer som sliter med utfordringer knyttet både til psykisk helse og rus har fått tilbud om bolig i sine hjemkommuner.

4. Sykepleieren som fagperson

Funnene fra studien knyttet sykepleiernes forståelse og erfaring med egen sykepleiefaglighet viser at de fungerer meget godt i forhold til å ta imot og møte brukere. I møtene innarbeider

de etiske verdier og holder seg oppdater hva angår det kunnskapsmessige grunnlaget for sin utøvelse. Et eksempel er den økende gruppen av personer mellom 50 og 70 år som har levd lenge med store utfordringer knyttet til rus og psykisk helse og som nå har fått et sted å bo sin hjemkommune. Denne gruppen kan ofte ha sammensatte psykisk helse- og ruslidelser og samtidig ha store fysiske helseutfordringer som gjør sykepleiernes kompetanse påkrevd og verdsatt. Samtidig viser funnene at sykepleierne har et forbedringspotensial hva angår å involvere sterkere pasienter i deres egne ønsker og behov av hjelp, og i særdeleshet å ta i bruk systematisk evaluering av mål for behandlingen og om disse nås. De overnevnte funn både styrker og utfordrer sykepleiernes funksjoner og arbeidsmåter. Deres rolle og funksjon er i bevegelse, samtidig som den er bestandig i kraft av sykepleiernes egne kunnskaper og selvstendige bidrag i møter med brukere.

Funnene viser videre at sykepleierne, som en følge av sine arbeidsmåter med vekt på hverdagsmestring, også vektlegger å en recoveryorientert sykepleiefaglighet. Dette innebærer at de søker å vise vennlighet og imøtekommenhet i møter bruker, lytte til, støtte og respektere dennes valg, mål og ambisjoner. Samtidig var flertallet av sykepleierne tilbakeholdende med å involvere og anbefale støtte og hjelp fra personer som selv hadde erfart psykisk helse- og/eller rusvansker. I utviklingen av recoveryorienterte tilbud og tjenester er det å benytte erfaringskonsulenter eller medarbeidere med egen erfaring for å kunne hjelpe andre i deres bedringsprosess, et avgjørende element. Dette funnet understøttes av at sykepleierne opplever seg selv som mindre opptatte av å fremme en mer aktiv deltagelse fra brukere med hensyn til felles beslutninger og planlegging av behandling. På den annen side viser funnene at sykepleierne gjennomgående er samarbeidsorientert i møte med brukere knyttet til å vise egne begrensninger i ferdigheter, kunnskaper og erfaringer med psykisk helse- og/eller rusarbeid. Det samme gjelder i møter med andre fagpersoner og profesjoner. Samlet sett tyder funnene på at sykepleierne ønsker å inkludere samarbeid både som verdi og praksis i deres faglige ståsted og praksiser.

Funnene viser at respondentene opplever at den sykepleiefaglige forståelsen er utviklet i de første utdanningsårene. Den faglige forståelsen tar utgangspunkt i grunnutdannelsens kunnskaper og holdninger. Det ene er det helhetlige perspektivet ved mennesket som omtales som spesifikt ved sykepleiefaget. Det innebærer å se mennesket som en helhet i betydningen av det fysiske, det psykiske, det sosiale og det eksistensielle. Disse fire komponentene utgjør til sammen langt mer enn helheten. Har man en psykisk- og/eller ruslidelse viser denne seg på

alle de fire nevnte områder for personen. Flere uttrykker det som at de opplever å ha et annet faglig blikk i form av grunnleggende kunnskaper og holdninger enn andre yrkesgrupper innehar. Den andre dimensjonen ved sykepleiefaglige blikket er den somatiske kunnskapen. Dette er en kunnskap som få andre høgskoleutdanninger har. Den sykepleiefaglige tilnærmingen oppfylles først i møte med andre faggruppers perspektiv.

Sykepleierne uttrykker at de erfarer å ha et avklart forhold til sitt mandat som fagpersoner, og at det å håndtere dette mandatet til beste for personene de samarbeidet med, i all hovedsak lar seg gjøre. Sykepleiere uttrykker at de har et avklart forhold til hva de kan og ikke. De opplever seg selv som handlingsorienterte, fleksible og pragmatisk orientert. Pragmatismen uttrykker seg i «hva som kommer først, kommer først». Samtidig fremholder flere at det er krevende å holde en høy faglig standard i tider med økt tidspress, økt standardisering og økte krav til dokumentasjon.

5. Samarbeidspartnere og organisering

Sykepleierne arbeider for det meste sammen med andre høgskoleutdannede samt helsefagsarbeidere. Først kommer sykepleiere, så vernepleiere, deretter helsefagsarbeidere/psykiatriske hjelpepleiere, så sosionomer og til sist ergoterapeuter. Bare noe får steder var det tilknyttet psykolog, lege eller psykiater - oftest i deltidstilling. Funnene fra kliniske og terapeutiske arbeidsmåter viser at sykepleierne arbeider faglig i team og at møter med andre fagpersoner er den nest viktigste arbeidsmåten. Den tredje viktigste arbeidsmåten er knyttet til dokumentasjon av klinisk arbeid. I den kvalitative delen av studien fremkommer en undring over hva dokumentasjon skal brukes til og for. Flere av informantene uttrykker at de føler seg konstant testet. Alt de gjør skal veies og måles.

Sykepleierne forteller om mye tid som går til oversettelse og ta kontakt med ulike tjenester. De kan bruke mye tid på å administrere samarbeidet både med NAV og spesialisthelsetjenesten fordi målgruppen som sliter med både psykisk helse- og rusvansker, ofte faller mellom to stoler og har hatt mange og ulike saksbehandlere. Konkrete eksempler er samarbeidet med NAV slik mange brukere opplever det: Svært vanskelig tilgjengelig for kontakt, nye personer, krav til dokumentasjon fra bruker som krever f.eks. datamaskin som ikke alle har, mistenksomme holdninger fra ansatte m.v. Det å ikke få en forventet utbetaling fra NAV grunnet syk ansatt, kan gi tap av nattesøvn, utkastelse av leilighet, eller ikke penger

til mat. Jo mindre de kommunale forholdene er, jo lettere er det med samarbeid mellom ulike tjenester og fagpersoner.

Funnen i denne studien kan tyde på at de faktiske endringer ikke alltid er i tråd med gode politiske intensjoner. Det gjelder særlig på de områdene hvor byråkratiske og standardiserte prosedyrer for dokumentasjon, tidsbruk og konsultasjoner har til hensikt å styre den kliniske virksomheten i en bestemt retning. Sykepleierne opplever en hurtig endringstakt på system- og organisasjonsnivå som gir endring for økonomi, ideologi og arbeidsformer. Tidvis kan det oppleves en tretthet og resignasjon over intensiteten i endringene. Det å arbeide i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid gir mange nye utfordringer og erfaringer. Dette er et arbeid som krever både å holde fast i tradisjonen i faget, samtidig som det krever fornyelse. Flere fremholder at de forstår seg selv som hverdagshelter. De samarbeider med brukerne hver dag. Man møtes hjemme, på kafe eller i en park krever andre og nye måter møte og tilnærme seg brukere, etisk, faglig og menneskelig. Sykepleierne ser på seg selv som limet og bindeleddet mellom de forskjellige tjenestene fordi de er tette på og kjenner best brukeren.

Kapittel 6. Konklusjoner

Studiens to forskningsspørsmål er:

1. Hva er sykepleieres rolle og funksjon i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid relatert til sykepleiefaglig tjenesteutvikling?
2. Hva er de spesifikke sykepleiefaglige bidragene i det tverrfaglige psykiske helse- og rusfeltet? Basert på disse to forskningsspørsmålene kan det gjøres følgende konklusjoner:

Sykepleiernes rolle og funksjon i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Funnene viser at sykepleiere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid har høy kompetanse med videreutdanninger innen psykisk helse- og rusarbeid, lang klinisk erfaring i arbeidet med målgruppene og i kommunale tjenester. De arbeider i hovedsak med direkte klinisk arbeid forstått som støttesamtaler og ulike terapeutiske samarbeidsformer. De har hyppig, ukentlig kontakt med brukere. Hver enkelt sykepleier er faglig i kontakt med et høyt antall brukere og slik har en stor gruppe av brukere i sin portefølje. I tillegg arbeider de med å samordne og koordinere ulike tjenestetilbud på vegne av brukere. De fleste arbeider i team med andre faggrupper og profesjoner. I relasjon til brukere er tilnærmingen individorientert.

Sykepleierne arbeider sammen med andre helse- og sosialfaglige høgskoleutdannede samt helsefagsarbeider. Bare i få tilfeller finnes det psykolog eller lege. Dette innebærer at sykepleierne er den største fag- og yrkesgruppen. Dette innebærer at det kreves at de må ta et faglig og organisatorisk lederskap. Sykepleierne er følgelig ofte faglige leder som løfter frem en tredje vesentlig arbeidsmåte i form av dokumentasjon. Primært av klinisk arbeid og av koordinerende karakter både i den respektive tjenesten og mellom tjenester for å fremme samarbeid og samhandling for brukeren. Sykepleierens rolle og funksjon har fokus på hverdags- og livsmestring hvor en i større grad søker vektlegger å støtte og hjelpe brukere i deres hverdag mer enn å behandle deres psykiske vansker i en tradisjonell betydning. Perspektivet er forankret i hva brukeren trenger og hva som er viktigst for dennes mestrings- og bedringsprosesser.

Sykepleierne opplever sin egen rolle og funksjon som delvis flytende og i endring. Nye brukergrupper styrker sykepleiernes kompetanse innenfor det somatiske og fysiske, samtidig som sykepleierne utfordres på de psykiske og terapeutiske områdene. Samtidig er sykepleiernes kunnskaper og selvstendige bidrag i møter med brukere bestandig. De er handlingsorientert, fleksible og pragmatisk orienterte med basis i relasjonen og det

relasjonelle samarbeidet. Det som kommer først – kommer først, enten det er oppvask, tur eller støttesamtale. Sykepleierne arbeider der hvor det er mest tjenlig for brukeren om det er hjemmet, byen, kontoret eller i naturen. Sykepleierne forstår sitt mandat som relativt fritt og deres roller og funksjoner er delvis flytende og overlappende med andre fag og yrkesgrupper.

Det spesifikke sykepleiefaglige bidraget i kommunalt psykiske helse- og rusarbeid.

Sykepleierne opplever en hurtig endringstakt på system- og organisasjonsnivå som gir endret økonomi, ideologi og arbeidsformer. Intensiteten i disse endringene har økt siden 1998 og fremover, og mange opplever en tretthet og resignasjon over denne utviklingen. Det samme gjelder det økte presset på faglig tid, økonomi og systemeffektivitet i møtet med målgrupper som har omfattende og sammensatte ønsker og behov. Hovedtyngden av brukerne i denne studien har en diagnostisert psykisk lidelse og er hovedsakelig 31-50 år. Samtidig er en femtedel av brukerne over 65 år. Nesten halvparten sliter med rusvansker i tillegg. Flere tilskriver dette tjenesteutviklingen de siste 20 årene med vektlegging av at mennesker skal ha tilbud der hvor de lever og bor. Dette innebærer videre at tjenestemottakerne i større grad også har sammensatte behov og lidelser gjennom at flere personer som sliter med samtidig utfordringer knyttet både til psykisk helse og rus har fått tilbud om bolig i sine hjemkommuner. Denne målgruppen gjør at sykepleiernes fysiske og somatiske kunnskaper blir viktige og svært nyttige i møtet med brukerne. Slik henvises også nye brukere fra et mangfold av instanser. Sykepleierne arbeider mye med å ta imot og adressere personers vansker med psykisk helse og rus. Her står etiske verdier og fagkunnskap sentralt. Sykepleiernes personorienterte tilnærmingen søkes integrert i arbeid og viktige områder gjengår. De fleste sykepleierne arbeider godt i et recoveryperspektiv. De kan utfordres på hvordan inndra personer med egenerfaring i det kliniske arbeidet både kunnskapsmessig og i ønsket om å utvikle mer samarbeidsorienterte praksiser. Sykepleierne involverer i mindre grad brukere i utforming og evaluering av egne planer og målsettinger for endringsarbeidet.

Som tidligere nevnt er det faglige fokuset på hverdags- og livsmestring og livskvalitet i møtet med systemverden, og det eksistensielle domenet forstått som at lidelsen er en del av livet selv. Sykepleiernes forståelser og holdninger kan på denne bakgrunn omtales som en helhetlig-eksistensiell hverdagslivstilnærming basert i en lokalbasert kontekst. Den helhetlig-eksistensiell hverdagslivstilnærming er utfordrende å artikulere og er basert i grunnutdanningens kunnskaper og holdningsdannelse. Dette er en særegen tilnærming for sykepleierne som oppfylles først i møte med andres perspektiv og uttrykkes gjennom det

kliniske sykepleiefaglige blikket. De sykepleiefaglige praksisene i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid utfolder seg i møtet mellom systemverden og livs- og hverdagsverden.

De ulike faglige forståelser, perspektiver og holdninger sykepleierne legger til grunn i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid angir en tydelig *både-og-tilnærming*. Sykepleierne har både en monofaglig identitet, samtidig som de uttrykker en klar tverrfaglig tilnærming. Deres kliniske blikk er spesielt, og det utfyller andre faggruppers i en helhet. De uttrykker en faglig stolthet som både avgrenser og inviterer, noe som gjør at de er fleksible og pragmatisk i sitt arbeid. Den kommunale konteksten gjennom møter med brukere på andre og nye arenaer enn tidligere, stiller krav til en ny profesjonalitet basert på det fellesmenneskelig, det mellommenneskelige og det som utgjør forskjeller i møtet og samarbeidet.

System- og organisasjonsbetingelser spiller avgjørende inn og med det arbeidet som sykepleierne gjør innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. De siste 20 års politiske føringer for feltet psykisk helse og rus bidrar til å endre rammene, innholdet og arbeidsmåtene. De faktiske endringer er ikke alltid i tråd med gode politiske intensjoner. Det gjelder særlig hvor byråkratiske og standardiserte prosedyrer for dokumentasjon, tidsbruk og konsultasjoner har til hensikt å styre den kliniske virksomheten i en bestemt retning. Det å stå i store endringer og omlegginger av rammer, struktur og innhold, skaper en tretthet, og tidvis en resignasjon, med hensyn til ønsket om å skape bedre tjenester for brukerne. For noen kan det også skape motstand mot endringer som faktisk er til det bedre, rett og slett fordi man ikke har overskudd til mer endring. Samtidig tyder studien på at sykepleierne har evnet å integrere og ta i bruk en faglig tilnærming inspirert av recovery. Det samme gjelder deres ønsker om å inkludere samarbeidende praksiser som en verdi og som en del av sin kliniske virksomhet. Samtidig er sykepleierne mer skeptiske til å ansette personer med egen erfaring i tjenestetilbudene slik at de kan bruke sin kunnskap til å hjelpe og støtte andre som sliter med psykisk hese- og rusvansker.

Rapporten «Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013. Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon» (Ose & Kaspersen, 2015), viser at mange kommuner sliter med å lage gode tjenester til personer som opplever doble helsevansker knyttet til psykisk helse og rus. Det er både manglende botilbud, få oppsøkende tjenester eller tilbud etter kontortid. Gruppen av personer som sliter med både psykisk helse- og rusutfordringer omtales i rapporten som fortsatt å falle mellom to og tidvis flere stoler. De kommunale tilbudene kan fremstå som

mangelfulle og få av mange årsaker. Mange av tjenestemottakerne har så store vansker som følge av sitt rusbruk at kommunene ikke alene klarer å gi et helhetlig tilbud, spesialisttjenesten kan ofte være vanskelig å få i tale om samarbeid, brukerne kan være det samme og ressursene i kommune for få og begrensede. Rapporten konkluderer med at de kommunalt ansatte opplever at det er utfordrende og gi denne gruppen brukere et tilfredsstillende tilbud. Det er ikke nødvendigvis gruppen av brukere som problemet, mere at de kommunale tjenestene ikke er tilpasset gruppen og slik sett blir vanskelig å hjelpe. Funnene fra overnevnte rapport gir gjenklang i Veilederen «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014). Her fremholdes de sentrale organisatoriske, faglige og terapeutiske utfordringene for det fremtidige kommunale psykisk helse- og rusarbeidet. Med grunnlag i funnene i denne studien kan en slå fast at sykepleier arbeider i tråd med disse utfordringene, og at de er klare for å videreføre og iverksette nye som måtte komme.

Referanser:

- American Nurses Association (2014). *Psychiatric-Mental Health Nursing*, 2nd edition. Silver Spring: American Nurses Association.
- Barbosa da Silva, A. (1996). *Analys av tekster. I: P-G. Svensson og B. Starrin (red.)*. Kvalitative studier i teori og praktik. Lund: Studentlitteratur.
- Barbour, R.S & Kitzinger, J. (1999). *Developing Focus groups Research: Politics, Theory and Practice*. London: Sage publications.
- Barker, P., Stevenson, C., Conway E., Davidson, M., Garland, A. og Hill B. (1996). *Toward a Theory of Psychiatric Nursing Practice*. University of Newcastle upon Tyne: The Tyneside View.
- Biong, S. (2015). *Å bli tatt på alvor som hele medmennesker. En forskningsbasert evaluering av Brobygger LAR/ROP Notodden*. Forskningsrapport nr. 15/2015, Senter for psykisk helse og rus, Høgskolen I Buskerud og Vestfold.
- Borg, M. (2007). *The nature of recovery as lived in everyday life: perspectives of individuals recovering from severe mental health problems*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). *Recoveryorienterte praksiser. En kunnskapssammenstilling. Rapport 4/2013*. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. København: Munksgaard.
- Gjersing, L., Caplehorn, J.R.M. & Clausen, T. (2010). *Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations*. *Medical Research Methodology*, 10:13 <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/10/13>
- Helsedirektoratet. (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring. ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)*. Rapport, IS-1162. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Veileder IS-2076. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *St. meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). St. meld. nr. 30 (2011–2012) «Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk.
- Hummelvoll, J.K. (2014). Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Iversen, H. P. & Folland, T. (2014). Psykisk helsearbeid i Romsdalskommunene: organisering og ledelse. Kommunenetverket. Arbeidsnotat 2014:2, Høgskolen i Molde/Møreforskning.
- Karlsson, B. (2004). Mani som fenomen og lidelse. Pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie. Dr.avhandling. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Karlsson, B. (2006). En historie om forandring. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol. 3, nr. 1, s.81-88.
- Karlsson, B. (2011a). ”Sykepleier i bønn” – erfaringsbasert kunnskap om makt, posisjoner og profesjoner i psykisk helsefeltet. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, Vol.8; 1,s. 55-65.
- Karlsson, B. (2011b). Forskningsbasert evaluering av Turresepten 2010-2012. Høgskolen i Buskerud.
- Karlsson, B., Borg, M. & Kim, H.S. (2008). From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. *Nursing Inquiry*, 15, 3, 206-215.
- Karlsson, B. & Borg, M.(2013). Psykisk helsearbeid - humane og sosiale perspektiver og praksiser. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kringlen, E. (2001). Psykiatri. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristiansen, L., Hellzen, O. & Asplund, K. (2010). Left alone – Swedish nurses’ and mental health workers’ experiences of being care providers in a social psychiatric dwelling context in the post-health-care-restructuring era. A focus-group interview study. *Scand J Caring Sci*; 24; 427–435 doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00732.x
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). Det kvalitative forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lerdal, A., & Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3: 172- 175.
- Lindström, U.Å. (1992). Den psykiatriske specialsjukskötarnas yrkesparadigm. Doktorsavhandling. Åbo: Åbos Akademis Förlag.
- Lindström, U.Å. (1994). Psykiatrisk vårdlära. Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Lindström, U.Å. (2002). Lidelse. I: I.T. Bjørk, S. Helseth og F. Nortvedt (red.). Møte mellom pasient og sykepleier. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lindström, U.Å. (2003). Psykiatrisk sykepleie. Teorier, verdier og praksis. Oslo: Gyldendal

Akademisk.

McLoughlin, K. A., Du Wick, A. Collazzi, C.M. & Puntill, C. (2013). Recovery-Oriented Practices of Psychiatric Mental Health Nursing Staff in a Acute Hospital Setting. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 19:152- 159 DOI: 10.1177/1078390313490025

Mereness, D.A. (1982). *Essentials of Psychiatric Nursing*. St. Louis: The C.V. Mosby Company.

Norsk Sykepleierforbund (2013). Politisk plattform for psykisk helse og rus 2013-2016.

Ness, O., Karlsson, B., Borg, M., Biong, S., McCormack, B., Sundet, R. & Kim, S. H. (2014). Towards a model for collaborative practice in community mental health care.

Scandinavian Psychologist, 1, e6.<http://dx.doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e6>

Nissen, R. (1877/2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, P.(1998). *Sykepleiens grunnlag – historie, fag og etikk*. Oslo: Tano Aschehoug.

O’Connell, M.J., Tondora, J., Evans, A.C., Croog, G. & Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: Assessing recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (4), 378-386.

Ose, O. S., Kaspersen, S. & Pettersen, I. (2012). Psykisk helsearbeid i norske kommuner: Tallenes tale. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol. 9. nr. 3, 226-237.

Ose, S. O. & Slettebak, R. T. (2014). Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2012.

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. Trondheim: SINTEF.

Ose, O. S. & Kaspersen, S. (2015). Kommunale tiltak i psykisk helsearbeid 2013.

Årsverksstatistikk og analyser av kommunal variasjon. Trondheim: SINTEF.

Peplau, H. (1987). Tomorrow’s World. *Nurs. Times*, 7, 29-32.

Puchta C. og Potter, J. (2004). *Focus Group Practice*. London: Sage publications.

Sosial- og helsedepartement (1997). St.meld. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.

Smith, M.J. (1998). *Social Science in question*. London: The Open University & Sage Publications Ltd.

Sosial- og helsedepartement (1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006.

Endringer i statsbudsjettet for 1998. St prp nr 63 (1997–98).

Sælør, K. T. & Biong, S. (2011). Endringer for sykepleiere etter rusreformen. *Tidsskriftet Sykepleien Forskning*, 6, (2), s.170-177.

Svedberg, G. (2002). *Omvårdnadstraditioner inom svensk psykiatrisk vård under 1900-talets första hälft*. Stockholm: Institutionen för klinisk neurovetenskap Karolinska Institutet.

Tondora, J. & Davidson, L. (2006). Practice Guidelines for Recovery-Oriented Behavioral Health Care. Manuscript prepared by the Yale Program for Recovery and Community Health for the Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services.

The World Health Organization (2013). The Mental Health Action Plan 2013 – 2020.

Tusaie, K. R. & Fitzpatrick, J. J. (eds). (2013). Advanced Practice Psychiatric Nursing. Integrating Psychotherapy, Psychopharmacology, and Complementary and Alternative Approaches. New York: Springer Publishing Company.



Wibeck, V. (2000). Fokusgrupper – Om fokuserande gruppeintervjuer som undersökningsmetode. Lund: Studentlitteratur.

Wifstad, Å. (1997). Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. Oslo: Tano Aschehoug.

Wifstad, Å. (1998). Eklektismen; problem og utfordring. I: A.J.W. Andersen og B. Karlsson (red.). Psykiatri i endring. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Vedlegg 1. Gjennomføring av studien.

Gjennomføring – faser og aktiviteter:

Fase 1: Oppstart: DATO 15.08.14. 	Fase 2: Datainnsamling: DATO 15.08.14.- 31.12.14. 	Fase 3: Foreløpig Analyse: DATO 01.02.15.	Fase 4. Analyse/ Rapport DATO 04.05.15.
Oppstarts-møte med oppdrags-giver. Etablering av kompetanse-gruppe. Utarbeide spørreskjema. Utarbeide intervju-guider.	Systematisk innsamling og analyse av skriftlig dokumentasjon. Gjennomføring spørreundersøkelse. Gjennomføre fokusgruppeintervjuer.	Foreløpig analyse av data. Midtveis-møte med kompetansegruppe for å legge frem foreløpig analyser.	Integrrert analyse av data. Utarbeide utkast til sluttrapport. Møte med kompetansegruppe og oppdrags-giver. Justere rapport. Muntlig presentasjon av resultatene 01.04.15.
Output: Intervjuguider og spørreskjema godkjent.	Output: Spørreundersøkelser, fokusgruppeintervjuer gjennomført.	Output: Foreløpig analyse av data, møte med kompetansegruppe.	Output: Endelig sluttrapport levert oppdrags-giver 04.05.15.

Fase 1: Oppstartsfase

Oppstartsmøte med Fag- og helsepolitisk avdeling: Prosjektet innledes med et oppstartsmøte med oppdragsgiver. Her vil forventninger til evalueringen avstemmes, og den videre fremdriften for prosjektet fastsettes. Oppstartsmøtet vil være viktig for å avklare vårt mandat og for å skape en felles forståelse for hva oppdraget innebærer. Etablering av kompetansegruppe.

Systematisk innsamling av skriftlig dokumentasjon: Samarbeid med oppdragsgiver for å kunne samle inn skriftlig data dokumentasjon knyttet til målsettingen med studien.

Utarbeide spørreskjema til de kvantitative spørreundersøkelsene: Spørreskjemaene vil utarbeides i nær kontakt med kompetansegruppen slik at forhold som ønskes besvart sikres inkludert i skjemaet. Det vil bli utarbeidet et spørreskjema.

Utarbeide intervjuguider: Intervjuguiden vil bli utarbeidet i den første fasen i nært samarbeid med kompetansegruppen. Det vil bli utarbeidet en intervjuguide som retter seg mot studiens deltakere.

Fase 2: Datainnsamling

Gjennomføring spørreundersøkelse: spørreskjemaet vil bli sendt til de målgruppen.

Gjennomføre dybdeintervjuer: Det vil bli gjennomført fokusgruppeintervjuere med utvalg av sykepleiere. Mulige informanter velges ut og rekrutteres i samarbeid med oppdragsgiver.

Fase 3: Foreløpig Analyse

Foreløpig analyse: Den foreløpige analysen i datainnsamlingsfasen har som formål å samle og strukturere datamaterialet før den endelige analysen av data som vil foretas i fase fire.

Midtveismøte med oppdragsgiver for å legge frem foreløpig analyse: SFPR vil holde et midtveismøte med kompetansegruppen hvor vi går gjennom foreløpig analyse og diskuterer videre fremdrift.

Fase 4: Analyse og rapportering

Integrert analyse av data: Data vil analyseres kontinuerlig under prosjektperioden. Fase fire er imidlertid den primære analysefasen fordi data nå kan systematiseres og sammenliknes fra alle datakildene. Data vil derfor analyseres på en stringent og systematisk måte i fase fire i relasjon til de to fokusområdene som ønskes besvart.

Utarbeide utkast til sluttrapport: SFPR vil utarbeide et utkast til sluttrapport for evalueringen innen 04.05.15. Vi legger alltid stor vekt på at rapporten skal skrives i et leservennlig og tilgjengelig format. Rapporten vil ha bli trykket i Høgskolens skriftserie og oversendes i 40 eksemplarer til NSF. Det vil bli levert en presentasjon av hovedfunn og konklusjoner i en powerpoint-presentation til oppdragsgiver innen 08.04.15.

Møte med Fag- og helsepolitisk avdeling: SFPR vil holde et møte med oppdragsgiver hvor vi går gjennom rapportutkastet og diskuterer innhold og form. På denne måten vil oppdragsgiver få muligheten til å komme med innspill på utkastet under møtet 08.04.15.

Justere rapport: I tråd med de innspill og tilbakemeldinger som oppdragsgiver har gitt under rapportmøtet vil vi justere og utarbeide den endelige rapporten.

Overlevere endelig sluttrapport: SFPR vil overlevere den endelige rapporten med tidsfristen som blir avtalt med oppdragsgiver til 15.03.15.

Muntlig presentasjon av resultatene: Dersom det er ønskelig fra oppdragsgivers side vil SFPR gi en muntlig fremstilling av rapporten for interessenter.

Vedlegg 2. Forespørsel om deltakelse og samtykkeerklæring.

Informasjon om deltakelse i fokusgruppeintervju i undersøkelsen «Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid».

Bakgrunn

Denne informasjon gjelder forespørsel om deltakelse i undersøkelsen «Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid». Undersøkelsen er initiert av Norsk Sykepleierforbund, Fag- og helsepolitisk avdeling, og skal gjennomføres av Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus. Undersøkelsen skal munne ut i en rapport som skal leveres NSF medio mars 2015.

I «Politisk plattform for psykisk helse og rus» (NSF, 2013) tydeliggjøres Norsk Sykepleierforbund forståelse og mål for psykisk helse og rus. Plattformen beskriver videre fire sentrale satsningsområder i perioden 2013-2016: «Satsningsområde 1 – Anerkjennelse og utvikling av sykepleiekunnskap innen psykisk helse og rus, Satsningsområde 2 - Tjenesteutvikling i kommunene, Satsningsområde 3 – Tidlig innsats for risikoutsatte grupper og Satsningsområde 4 – Delaktighet, tvang og menneskerettigheter».

Satsningsområde 1 som beskriver behovet for å anerkjenne og utvikle sykepleiekunnskap innen fagfeltet psykisk helse og rus, pekes det på to sentrale forhold. For det første er det slik at sykepleieprofesjonen har en lang tradisjon med å arbeide med psykisk helse og rus i ulike kontekster. Profesjonen har arbeidet i tidlig institusjonsarbeid på ulike asylsaker i Norge og i rusomsorgen på vernehjem. I dag finnes det sykepleiere som arbeider i alle deler av helsetjenesten. I tillegg har sykepleiere og psykiatriske sykepleiere gitt verdifulle faglige bidrag både innenfor forskning, utvikling og utdanning på bachelor-, master og ph.d.-nivå.

Satsningsområde 2 beskriver inngående hvordan forskyvningen av utøvelsen av helsetjenester innen psykisk helse og rus har skjedd fra institusjoner til lokalmiljø både internasjonalt og nasjonalt. I Norge skal de viktigste tilbudene til mennesker som sliter med psykisk helse- og rusvansker gis av de kommunale helsetjenestene med utgangspunkt i der hvor personene lever og bor. Dette innebærer at de kommunale helsetjenestene må fremstå som kompetente og tilgjengelige når innbyggere trenger hjelp. Dette innebærer gode lavterskeltilbud innen psykisk helse- og rustjenestene. Fagpersoner generelt, og sykepleiere spesielt, kan fremstå med faglig og personlig kompetanse som kan bidra til økt mestring og selvstendighet i hverdagslivet. Et grunnleggende premiss er at innholdet og praksisene i tjenestene utvikles i et samarbeid mellom brukere, pårørende og aktuelle offentlige og private aktører.

Hensikt

Hensikten med denne studien er å utvikle systematisert kunnskap om sykepleieres roller og funksjoner i kommunalt psykisk helse- og/eller rusarbeid med tanke på sykepleiefaglig tjenesteutvikling. For å utvikle kunnskap om hvilke arbeidsoppgaver, rolle og funksjoner sykepleiere ivaretar, vil det bli gjennomført en nasjonal undersøkelse som kan gi en status pr i dag og som kan danne utgangspunkt for videre tjeneste- og kompetanseutvikling. Forskningsspørsmålene for undersøkelsen er:

1. Hva er sykepleieres rolle og funksjon i kommunalt psykisk helse- og/eller rusarbeid relatert til sykepleiefaglig tjenesteutvikling?
2. Hva er de spesifikke sykepleiefaglige bidragene i det tverrfaglige psykiske helse- og rusfeltet?

Det vil bli gjennomført både en kvantitativ internettbasert undersøkelse som retter seg til medlemmer av NSF som arbeider i de aktuelle tjenestene, samt en kvalitativ studie gjennom fokusgruppeintervjuer med sykepleier i et antall utvalgte norske kommuner. Som sykepleier i kommunalt psykisk helse- og/eller rusarbeid ønsker vi å intervju deg om dine erfaringer, opplevelser og synspunkter med arbeidet. Det ville være de to forskningsspørsmålene over som vil bli fokusert i fokusgruppeintervjuene.

Hva innebærer studien?

For å få belyst dine kunnskaper ønsker vi at du skal delta i et fokusgruppeintervju sammen med andre sykepleiere. Intervjuene vil bli ledet av professor Bengt Karlsson som er ansatt ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap, Senter for psykisk helse og rus.

Fokusgruppeintervjuet vil vare i ca 1,5 til 2 timer og vil utdype den kunnskapen du har som sykepleier i de aktuelle tjenestene. Hele intervjuet vil bli tatt opp på bånd og senere skrevet ut for å kunne analyseres av prosjektleder Bengt Karlsson.

Hva skjer med informasjonen om deg

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at forskeren vil ha taushetsplikt overfor alle personopplysninger som samles inn. Datamaterialet vil bli anonymisert og slettet når forskningsprosjektet er avsluttet, senest 31.12.2018. Resultatene vil bli publisert i en rapport til NSF og i vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Dersom du senere

ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om prosjektet kan du kontakte professor Bengt Karlsson, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, mobil 90 64 90 78.

Personvern

Informasjonen som lagres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Dekan Heidi Kapstad ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Fakultet for helsevitenskap, er databehandlingsansvarlig.

Prosjektleder er professor Bengt Karlsson, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert av Norsk Sykepleierforbund.

Informasjon om utfallet av studien

Du har som informant rett til å få tilgang til utfall av studien.

Dersom du ønsker å delta, vil du bli bedt om å underskrive den vedlagte samtykkeerklæringen ved oppstarten av intervjuet.

Vennlig hilsen

Oslo 15. juni 2014.

Bengt Karlsson, prosjektleder.

Samtykke til deltakelse i undersøkelsen «sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid».

Jeg er villig til å delta i undersøkelsen «Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid».

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om undersøkelsen «Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid».

(Signert, rolle i studien, dato)

Bengt Karlsson, prosjektleder.

Vedlegg 3. Intervjuguide kvalitative studie.

Overskriftene og mellomtitlene er områder for samtale. Innledningsvis presenteres intervjuets hensikt, hvordan de ulike temaene vil bli introdusert samt rettighetene i informert samtykke.

Hvordan er det å arbeide som sykepleier i psykisk helse- og rusarbeid?

Hva gjør dere? Hvordan gjør dere det dere gjør? Hva innebærer det å være sykepleier? Hva er det karakteristiske for profesjonen?

Hvordan er den faglige orienteringen?

Faglig orientering som brukermedvirkning – recovery – samarbeidende – personsentrering – pasient – ekspert? Hva med faglig frihet og selvstendighet? Hvordan arbeides det med hele mennesket?

Hvordan arbeider dere mono-, fler- og tverrfaglig?

Hva er spesielt med det monofaglige – hvordan viser det seg? Hva med tverrfaglighet – hvordan praktiseres og tenkes det? Personavhengig? Arbeider dere mye alene med de muligheter og utfordringer det innebærer?

Hvordan ser brukergruppen deres ut?

Hva ser brukergruppen ut? Hva trenger og ønsker de? Hva kan dere gi? Hvordan er forholdet mellom det brukerne ønsker og deres tilbud?

Hvordan er den faglige oppfølgingen og utviklingen?

Hva har dere av faglig oppfølging? Hvordan er tilbud om veiledning, kurs, seminarer, etter- og videreutdanninger? Hvordan er slitenhet, utbrenthet, og trivsel og arbeidsglede?

Hvordan er samarbeidet med andre tjenester?

Hva med samarbeidet med andre i kommunale tjenester, spesialisthelsetjenesten, NAV, fastleger, pårørende, andre tjenester? Hvordan kan dere styre deres tid og fleksibilitet i møtet med brukere? Hvordan er det med bestiller-utfører modellen og dens betydning for deres arbeid?

Refleksjoner knyttet til samtalen; innhold og deltakelse.

Hva har hver enkelt opplevd som viktig i denne fokusgruppen? Hvordan har du opplevd din egen deltakelse? Er du noe du ønsker å tilføye før vi avslutter?

Vedlegg 4. Forespørsel om deltakelse i kvantitative studie.

Invitasjon til å delta i en spørreundersøkelse om sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid.

Vi inviterer deg med dette til å fylle ut vedlagte spørreskjema i linken under.

Undersøkelsen er initiert av Norsk Sykepleierforbund, Fag- og helsepolitisk avdeling og gjennomføres av Senter for psykisk helse og rus, Fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

Denne henvendelsen går sykepleiere som arbeider innen psykisk helse- eller rustjenester og er medlemmer av NSF. Vi hadde satt stor pris på om du tok deg tid til å svare på disse spørsmålene. Kunnskapen som fremkommer av en slik studie er meget viktig.

Målsettingen med denne spørreundersøkelsen er å kartlegge hvilke roller og funksjoner sykepleiere har i det kommunale psykisk helse- og rusarbeidet, og tydeliggjøre det faglige bidraget sykepleiere har i det tverrfaglige samarbeidet i de kommunale psykisk helse- og rustjenestene.

Deltakelse er frivillig, og du må svare på alle spørsmålene for å komme videre i spørreskjemaet. Undersøkelsen er anonym og vil ta mellom 15 – 20 minutter og fylle ut.

For besvarelse av undersøkelsen, gå inn på denne linken:

Vennlig hilsen

Norsk Sykepleierforbund

v/ Fagsjef Kari Elisabeth Bugge

Fag- og helsepolitisk avdeling.

Bengt Karlsson

Forsker ved Senter for psykisk helse og rus

Fakultet for helsevitenskap,

Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

bengt.karlsson@hbv.no

Vedlegg 5. Spørreskjema kvantitative studie.

Spørreundersøkelse om sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid

Del A. Generell informasjon

1. Arbeider du som sykepleier i **kommunehelsetjenesten** med psykisk helse og/eller rus:

- 1. Ja
- 2. Nei

Du kan fortsette om du har svart **ja** på spørsmålet over. Hvis **nei** kan du avslutte her.

2. Fødselsår: 19 ____

3. Kjønn:

- 1. Kvinne
- 2. Mann

4. Hva er din høyeste fulførte utdanning:

- 1. Grunnutdanning/bachelor
- 2. Videreutdanning
- 3. Mastergrad
- 4. Doktorgrad

5. Klinisk erfaring

5.a. Generell sykepleie

- 1. Erfaring fra generell sykepleie
Antall år med denne typen erfaring: ____ år

6. Erfaring fra psykiatrisk sykepleie/psykisk helsearbeid/rus

- 1. Spesialisthelsetjeneste
Antall år med denne typen erfaring: ____ år
- 2. Kommunehelsetjenesten
Antall år med denne typen erfaring: ____ år
- 3. Russektoren
Antall år med denne typen erfaring: ____ år
- 4. Andre kliniske erfaringer
Antall år med denne typen erfaring: ____ år

7. Nåværende stilling

7.a. Startdato i stillingen: _____

8. Heltid/deltid

- 1. Heltid
- 2. Deltid

Del B. Karakteristika ved ditt nåværende tjenestested

9. Organisering av tjenestested

- 1. Hjemmesykepleie inkludert psykisk helse og/eller rus
- 2. Egen psykisk helsetjeneste

- 3. Psykisk helse- og rustjeneste sammen
- 4. Egen rustjeneste
- 5. Andre – vennligst spesifiser: _____

10. Andre profesjoner ved ditt tjenestestedet

- 1. Psykolog
Antall: _____
- 2. Sosionom/barnevernspedagog
Antall: _____
- 3. Ergoterapeut
Antall: _____
- 4. Fysioterapeut
Antall: _____
- 5. Vernepleier
Antall: _____
- 6. Lege
Antall: _____
- 7. Helsefagsarbeidere/hjelpepleiere

Andre – vennligst spesifiser: _____

11. Hvor omfattende er tilbudet til pasientene:

- 1. Noen dager i uka - begrenset
- 2. Alle hverdager
- 3. Hverdager og lørdager
- 4. Alle dager

12. Hvor gis tilbudet:

- 1. Hjemmebasert
- 2. Dagsenter
- 3. Poliklinisk
- 4. En kombinasjon

13. Hva er åpningstidene deres:

- 1. Bare dagtid i ukedagene
- 2. Dag- og kveldstid i ukedagene
- 3. Dag- og kveldstid i ukedager og dagtid i helger
- 4. 24 timers åpning i ukedagene og dagtid i helgene
- 5. 24 timers alle dager

Annet spesifiser: _____

14. Hvordan henvises brukere til tjenesten Du kan sette flere kryss:

- 1. Selv/familie/venner
- 2. Fastlege
- 3. Psykiater/psykologspesialist
- 4. Helsefaglig personell som ikke er lege eller psykolog
- 5. Spesialisthelsetjenester
- 6. Legevakt/AMK

Andre – spesifiser: _____

15. Hvor mange innbyggere er det i opptaksområdet for ditt tjenestested:

- Under 5000
- Mellom 5- 10000
- Mellom 10- 30000
- Mellom 30- 50000
- Over 50000
- Vet ikke

Del C. Karakteristika ved din nåværende stilling

16. Hva er din stillingstittel: _____

17. Av disse alternativene; hvilken type klinisk praksis beskriver stillingen din best?

- 1. Individuelt arbeid
- 2. Teamarbeid
- 3. Integreert arbeid (Kombinasjon av individuelt og teamarbeid)

18. Hvilke av disse arbeidsmåtene vil du si er de tre mest fremtredende stilling. Sett tre kryss. (Oppgi gjerne flere svar – velg tre svaralternativer)

- ___ a. Direkte klinisk arbeid (samtaler, veiledning og behandling)
- ___ b. Møter med andre fagpersoner og tjenestesteder relater til brukeres behov og ønsker
- ___ c. Arbeid med inntak- og vurderingssamtaler med brukere
- ___ d. Konsultasjon
- ___ e. Dokumentasjon av klinisk arbeid
- ___ f. Administrative arbeidsoppgaver
- ___ g. Veiledning
- ___ h. Undervisning

Annet –spesifiser _____

19. Hvor mange ganger har du gjennomsnittlig kontakt med hver enkelt bruker pr. uke (Oppgi kun et svar pr.spørsmål)

ikke ukentlig 1-2 g.pr.uke 3-5 g.pr.uke 6-10 g.pr.uke Oftere enn 10. pr.uke

Via personlig oppmøte

Per telefon/sms

Via e-post/sosiale medier

20. Hvor mange ganger har du gjennomsnittlig kontakt med brukernes familier pr. uke (Oppgi kun et svar pr.spørsmål)

ikke ukentlig 1-2 g.pr.uke 3-5 g.pr.uke 6-10 g.pr.uke Oftere enn 10. pr.uke

Via personlig oppmøte

Per telefon/sms

Via e-post/sosiale medier

21. Hvilke er de tre terapeutiske arbeidsmåter du bruker i din kliniske praksis (Oppgi gjerne flere svar. Velg 3 svaralternativer).

- Psykoterapi
- Medikamentell vurdering og oppfølging
- Støttesamtaler
- Kriseintervensjon
- Veiledning og konsultasjon
- Relasjonsbygging
- Motivasjonsarbeid
- Familie- og nettverksterapi

Annet – vennligst spesifiser: _____

Del D. Karakteristika ved brukere ved ditt tjenestested

De neste spørsmålene dreier seg om hva slags brukere dere har ved ditt tjenestested – alder, lidelser og kontaktnivå

22. Hvilke av defølgende brukergrupper benytter dine tjenestetilbud mest? (Oppgi kun et svar).

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Individuelle brukere | Par | Familier |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. I hvilken aldersgruppe befinner hovedtyngden av dine brukere seg? (Oppgi kun et svar).

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Under 18 år | 18-30 år | 31-50 år | 51-65 år | Over 65 år |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

24. Hvilke av de nedenstående psykiske helsevansker mener du er de tre hyppigst fprekommende? (Oppgi gjerne flere svar – velg tre svar alternativer).

- _____ a. Enkeltstående episode av psykisk helsevansker eller psykisk krise
- _____ b. Diagnostisert psykisk lidelse
- _____ c. Psykisk krise i relasjon til en diagnostisert psykisk lidelse
- _____ d. Fysisk lidelse og psykisk helsevansker
- _____ e. Ruslidelser
- _____ f. Fysisk lidelse i relasjon til rusbruk
- _____ g. Både psykiske helsevansker og rusbruk (ROP-lidelse)
- _____ h. Fysisk lidelse, psykiske helsevansker og rusbruk
- _____ i. Andre – vennligst spesifiser: _____

25. Hvilke psykiske helsevansker er de tre minst hyppige du møter (av nedenstående liste)? (Oppgi gjerne flere svar – velg tre svar alternativer).

- _____ a. Enkeltstående episode av psykisk helsevansker eller psykisk krise
- _____ b. Diagnostisert psykisk lidelse
- _____ c. Psykisk krise i relasjon til en diagnostisert psykisk lidelse
- _____ d. Fysisk lidelse og psykisk helsevansker
- _____ e. Ruslidelser
- _____ f. Fysisk lidelse i relasjon til rusbruk
- _____ g. Både psykiske helsevansker og rusbruk (ROP-lidelse)
- _____ h. Fysisk lidelse, psykiske helsevansker og rusbruk
- _____ i. Andre – vennligst spesifiser: _____

26. Grader lengden av tjenestetilbudet du gir dine brukere fra 1-5, hvor 1 er det vanligste og 5 er det minst vanlige: (Foreta en prioritering med tallene fra 1-5, hvor 1 er best).

- a. Mindre enn en uke
 b. Mellom en måned og ett år
 c. Mellom ett og tre år
 d. Mellom tre og fem år
 e. Mer enn fem år

27. Grader antallet kontakter du har med en bruker fra 1 til 4, hvor 1 er det vanligst forekommende antallet kontakter, og 4 er det minst vanlige: (Foreta en prioritering med tallene fra 1-4, hvor 1 er best).

- a. En gang
 b. 2 - 5 ganger
 c. 6 - 10 ganger
 d. Mer enn 10 ganger

Del E. Gradering av ulike kliniske arbeidsmåter

De følgende utsagnene er knyttet til sentrale arbeidsmåter innen sykepleiepraksis. Vennligst kryss av for den graderingen som representerer hvordan du **vanligvis** arbeider som sykepleier innen psykisk helse og/eller rus i kommunehelsetjenesten. Det er ingen rette eller gale svar i graderingene.

28. Områder av klinisk sykepleiefaglig arbeid	Gradering					
	Aldri eller veldig sjelden	Sjelden	Noen ganger	Oft	Alltid	Ikke aktuelt
Jeg samler inn og sammenfatter sentrale data som er viktige for brukerens helse og/eller livssituasjon.						
Jeg analyserer data fra kartleggingen for å avgjøre problemer og fokusområder for omsorg og pleie, inkludert risikoforhold.						
Jeg iverksetter den identifiserte individuelle planen for brukeren.						
Jeg koordinerer pleie- og omsorgstilbudet for brukeren.						
Jeg bruker prosedyrer, henvisninger, behandlinger, terapier, og taler brukerens sak, i tråd med lover og forskrifter.						
Jeg sørger for struktur, og opprettholder et trygt, terapeutisk, recoveryorientert miljø i samarbeid med brukere, familier og andre helsearbeidere.						
Jeg bruker den terapeutiske relasjonen og veiledningsmetoder for å støtte brukere i sin individuelle recovery.						
Jeg evaluerer progresjonen i forhold til forventet resultatoppnåelse som er spesifisert i individuell plan.						
Jeg integrerer etiske overveielser i alt klinisk arbeid.						
Jeg forsøker å tilegne meg kunnskap og kompetanse som reflekterer oppdatert sykepleiepraksis.						
Jeg integrerer evidens- og forskningsbasert kunnskap i praksis.						
Jeg er systematisk involvert i å forbedre kvaliteten og						

effektiviteten i sykepleiepraksis.						
Jeg bidrar med lederskap i en profesjonell praksissetting og til egen profesjon.						
Jeg samarbeider med brukere, familier, tverrfaglige kollegaer og andre i utviklingen av sykepleiepraksis.						
Jeg evaluerer min egen praksis i relasjon til profesjonens egne standarder og retningslinjer for praksis, relevante påbud, regler og forskrifter.						

Del F. Person- og recoveryorientert sykepleiepraksis i psykisk helse og/eller rus.

Den neste delen er avhengig at du har utarbeidet en eller flere planer sammen med brukere.

Det kan være individuell plan, behandlingsplan, kriseplan, plan hos NAV eller andre plandokumenter.

29. Har du utarbeidet noen plan sammen med brukere?

JA

NEI –gå til 31

30. Hvor enig eller uenig er du med de følgende utsagn om dine erfaringer med planen eller planene? Skalaen går fra 1 (svært uenig) til 5 (svært enig). 6 er Vet ikke.

(Oppgi kun ett svar pr. spørsmål).

1
Svært
Uenig

2
Delvis
uenig

3
Hverken enig
eller uenig

4
Delvis
enig

5
Helt
enig

VI
Vet ikke

	Jeg minner den enkelte på at han eller hun kan ta med seg familiemedlemmer eller venner til planleggingsmøtene.							
	Jeg tilbyr den enkelte en kopi av planen som vedkommende kan beholde.							
	Jeg skriver målene i planen med den enkeltes egne ord.							
	Planen er skrevet slik at den enkelte og hans/hennes familie kan forstå de. Når det er nødvendig å bruke fagspråk, forklarer jeg hva som menes.							
	Jeg spør den enkelte om å ta med aktiviteter og tiltak som er viktige for vedkommende i planen.							
	Jeg inkluderer den enkeltes sterke sider, interesser og ressurser i hans/hennes plan.							
	Jeg inkluderer de målene som den enkelte sier er viktige for han/henne i planen.							
	Jeg utvikler planen i samarbeid med den enkelte.							
	Jeg bruker førstepersons form når jeg omtaler personer i planen.							
	Jeg tar hensyn til kulturelle forhold (som for eksempel åndelig overbevisning og kulturelt baserte oppfatninger om helse og sykdom) i hele planleggingen.							
	Jeg lar den enkelte få vite på forhånd når det skal være møter om vedkommende sin plan.							

Jeg samarbeider med den enkelte hvor lenge vedkommende trenger å arbeide med hvert steg i planen.						
For å gjøre planen best mulig, spør jeg om interesser og kulturelle forhold som jeg ikke er så godt kjent med.						
Jeg støtter personen i å jobbe med sine mål selv om vedkommende fortsatt har store utfordringer.						
Hvis det er nødvendig for bruker er tolk med i planleggingsmøtene.						
Den enkelte er involvert i utarbeidingen av planen i så stor grad som vedkommende ønsker.						
Jeg gir den enkelte muligheten til å revidere og forandre planen sin.						

Recoveryorientert sykepleiepraksis

Hvor enig eller uenig er du i påstandene nedenfor? Skalen går fra 1 (svært uenig) til 5 (svært enig): (Oppgi kun ett svar pr.spørsmål). 6 er Vet ikke.

1	2	3	4	5	VI
Svært Uenig	Delvis uenig	Hverken enig eller uenig	Delvis enig	Helt enig	Vet ikke

Utsagn							
I min første kontakt med brukere gjør jeg et tydelig forsøk på å ønske dem velkommen i tilbudet og hjelpe dem til å føle seg vel.							
Jeg oppmuntrer alle brukere til å føle håp og ha høye forventninger til deres recovery.							
Brukere kan bytte sin behandler eller kontaktperson om de ønsker.							
Brukere kan lett få tilgang til sin journal om de ønsker det.							
Jeg bruker ikke trusler, bestikkelser eller andre former for press for å påvirke brukernes oppførsel.							
Jeg tror recovery er en mulighet for alle brukere.							
Jeg tror at alle brukere har muligheten til å mestre sine egne symptomer.							
Jeg tror at alle brukere kan gjøre deres egne livsvalg med hensyn til hvor de vil bo, når de vil arbeide, hvem de vil være venn med osv.							

Jeg lytter til og respekterer de avgjørelser brukere tar om deres behandling og omsorg.							
Jeg spør brukere jevnlig om deres interesser og ting de måtte ønske å gjøre i lokalmiljøet.							
Jeg oppmuntrer brukere til å ta sjanser og forsøke nye ting.							
Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere deres åndelige behov og interesser når de ønsker det.							
Jeg tilbyr alle brukere muligheten til å diskutere dere seksuelle behov og interesser når de ønsker det.							
Jeg hjelper alle brukere i å utvikle og planlegge livsmål utover det å mestre symptomer eller å være stabil (f.eks. arbeid, utdanning, fysisk form, kontakt med familie og venner, hobbyer).							
Jeg støtter rutinemessig brukere i å få arbeid.							
Jeg hjelper brukere aktivt med å involvere seg i ikke-psykisk helse/rusrelaterte aktiviteter som f.eks. grupper, voksenopplæring, sport eller hobbyer.							
Jeg arbeider for å hjelpe brukere til å inkludere mennesker som er viktige for dem i deres recovery/behandlingsplanlegging (f.eks. familie, venner eller andre).							
Jeg introduserer aktivt brukere til personer som selv er i recovery og som kan bidra som rollemodeller eller mentorer.							
Jeg knytter aktivt brukere til selvhjelps- og likemannstilbud, brukergrupper og programmer.							

Jeg hjelper aktivt brukere i å finne måter å gi tilbake til deres lokalmiljø (f.eks. frivillighet, kommunale tilbud, nabovakthold eller søppelrydding).							
Mennesker i recovery oppmuntres til å hjelpe fagpersoner til å utvikle nye grupper, programmer eller tjenester.							
Mennesker i recovery oppmuntres til å involvere seg i evalueringen av det aktuelle tjenestestedets tilbud, tjenester og ansatte.							
Mennesker i recovery oppmuntres til å delta i tjenestestedets ledelse og ledelsesmøter.							
Jeg snakker med brukere om hva som kreves for å gjennomføre eller å avslutte tjenestetilbudet.							
Utviklingen mot individets egne personlige målsettinger følges opp jevnlig.							
Den primære rollen for fagpersoner er å støtte en person med å nå hennes/hans egne mål og ambisjoner.							
Jeg er kjent med spesielle interessegrupper og aktiviteter i lokalmiljøet.							
Jeg legger til rette for at det eksisterer forskjeller blant tjenesteytere når det gjelder kultur, etnisitet, livstil og interesser.							

Del G. Samarbeidende sykepleiepraksis

**32. Hvor enig eller uenig er du i de følgende utsagnene om din egen praksis i psykisk helsearbeid?
Skalaene rangeres fra 1 for helt uenig til 5 for helt enig:**

(Oppgi kun et svar pr. spørsmål).

Utsagn	Gradering						
	1 – helt uenig	2 – delvis uenig	3 – Hverken enig eller uenig	4 – Delvis enig	5 – Helt enig	6. Ikke aktuelt	6. Vet ikke
Jeg er åpen om mine styrker og begrensninger i ferdigheter, kunnskaper, evner og erfaringer i psykisk helsearbeid og sykepleie med faglige kollegaer, brukere og familie- og nettverk.							
Jeg kommuniserer tydelig til brukere, familie- og nettverk og andre faglige kollegaer om min rolle og mitt ansvar som sykepleier.							
Jeg forsøker hele tiden å kjenne til og respektere unike verdier, roller, ansvarsområder, og ekspertise hos andre fagpersoner, brukere og familie- og nettverksmedlemmer.							
Jeg engasjerer meg aktiv i samtaler med andre fagpersoner, brukere og familie- og nettverksmedlemmer for å løse ulikheter i verdier, holdninger og forståelser med hensyn til psykisk helsetjenester.							
Jeg respekterer bidragene fra andre faglige kollegaer inkludert brukere og familie- og nettverksmedlemmer i avgjørelser knyttet til å yte psykisk helsehjelp.							
Jeg engasjerer meg i avgjørelser knyttet til å yte psykisk helsehjelp som medlem av et							

faglig team som inkluderer brukere, familie- og nettverksmedlemmer.							
Jeg kommuniserer åpent med fagpersoner, brukere og familie- og nettverksmedlemmer i relasjon til forskjeller, uenigheter og motsetninger knyttet til verdier, roller, mål, handlinger og erfaringer med tjenestene i forbindelse med møter.							
Jeg deltar aktivt i alle deler av det å yte helsefaglige tjenester inkludert felles beslutninger og planlegging for brukere.							
Jeg fremmer andres aktive deltagelse i alle deler av det å yte helsefaglige tjenester inkludert felles beslutninger og planlegging for brukere.							

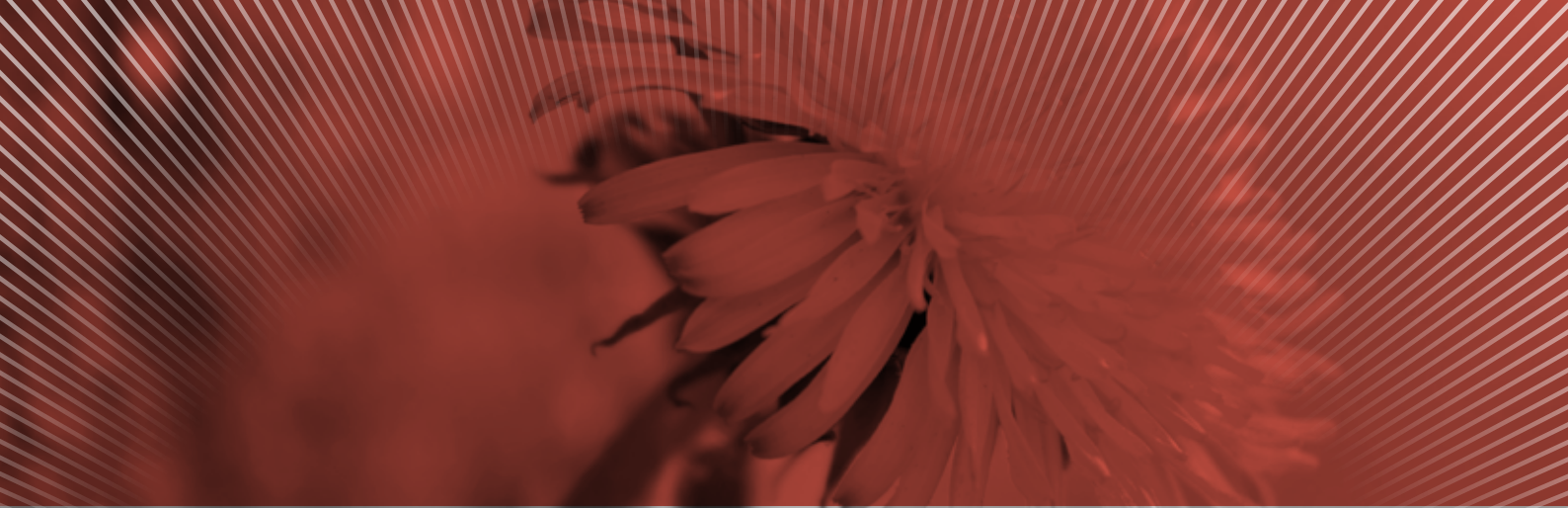
Spørreskjema for arbeidsmåter innen klinisk sykepleie er laget av H.S. Kim. Selve skjemaet er basert i "The Standards of Practice for Psychiatric Mental Health Nursing" som er utgitt av det Amerikanske sykepleierforbundet (American Nurses Association) i 2014. Scope and standards of practice: *Psychiatric mental health nursing*. 2nd ed. Silver Spring, MD. American Nurses Association.

Spørreskjemaene i Recoveryorientert og personorientert sykepleiepraksis i psykisk helse - RSA – Ansattes versjon er en tilpasning av Recovery-Oriented Practice Questionnaire - Provider version, utviklet av O'Connell, Tondora, Croog, Evans & Davidson, 2005. Spørreskjemaet Personorientert planlegging er en tilpasning av Tondora, J., & Miller, R. (2009), Yale Program for Recovery and Community Health.

Spørreskjema Samarbeidspraksis er utviklet av H. S. Kim. Skjemaet er basert i grunnleggende elementer som inngår i modellen for samarbeidspraksis utarbeidet av by Ness, Karlsson, Borg, Biong, McCormack, Sundet & Kim [Under publisering]).

Alle de overnevnte skjemaene er oversatt til norsk ved Senter for psykisk helse og rus SFPR), Høgskolen i Buskerud og Vestfold (2014), i tråd med prosedyrer for oversettelse (Gjersing et al, 2010).

Tusen takk for din hjelp og deltagelse i studien!



Senter for psykisk helse og rus ønsker å bidra til styrking og utvikling av kunnskap innen psykisk helse og rus med særlig vekt på fem områder:

- Personers erfaringer med psykiske helseproblemer og hva som hjelper
- Person- og kontekstsentrerte tilnærminger
- Familie- og nettverksperspektiv
- Helsetjenesteorganisering, utøvelse og effektivitet
- Aksjonsrettet forskning, særlig brukerinvolvert forskning og handlingsorientert forsknings-samarbeid i klinisk praksis

The mission of the Centre for Mental Health and Substance Abuse is contribution to the development of knowledge with the following specific foci:

- Subjective experiences of mental health problems and 'helpful' help
- Individual and contextual approaches of help and support in mental health care
- Family and network perspectives in studies of mental health problems and substance abuse
- Innovations in mental health service organisation, practice, and evaluation
- Participatory action research involving mental health service providers and service users

—
**SENTER FOR
PSYKISK HELSE
OG RUS**
—

Adresse:

Papirbredden
Drammen kunnskapspark
Grønland 58
3045 Drammen

Kontakter:

Professor Stian Biong
stian.biong@hbv.no
952 15 498

Førsteamanuensis Ottar Ness
ottar.ness@hbv.no
90 12 53 12



ISBN: 978-82-8290-015-7

