

## Leder

# Respekt for det felles menneskelige som helsefremmende

Manglende respekt for enkeltmennesket og den enkelte familie er et tilbakevendende tema i helsedebatter, og angår alle aldersgrupper. Barn som er innlagt i en helseinstitusjon har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under hele oppholdet, men det er mange nyfødte intensivavdelinger som ikke er tilrettelagt for de prinsipper familiebasert omsorg innebærer. Noen få nordiske avdelinger, slik som Akademiska Sjukhuset i Uppsala, og Vestre Viken i Drammen framstår som eksempler på at det går an å bryte med denne tradisjonen. Foreldre og barn kan være sammen døgnet rundt, og de gjør det for barnets og familiens beste. Men disse prosessene har tatt tid.

En rapport fra det norske barneombudet, lansert 6.mars 2014 viser til juridiske rammer rundt barns helse med utgangspunkt i FNs Barnekonvensjon. Rapporten vektlegger at samspill mellom barn og foreldre har betydning for at premature barn utvikler trygg tilknytning. Artikkel 3 som omhandler barnets beste er et grunnleggende prinsipp i alle avgjørelser angående barn på person eller gruppenivå. Artikkel 24 beskriver det overordnede mål at barn skal nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Barn har særskilte rettigheter som gjenspeiler seg i pasient og brukerrettighetsloven og i Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon.

Ambivalens hos yrkesutøvere omtales ofte som motstand mot nytenkning, men kan vendes til noe produktivt når vi synliggjør hva som manifesterer disse aspektene. Et eksempel på dette er nettopp debatten om familiesentrert nyfødtoomsorg som bryter med den tradisjonelle normen at barn og foreldre er adskilt store deler av døgnet. Hver ny situasjon overveies ut fra individuelle hensyn og forsvarlighet, men kroppslig nærhet er noen ganger den beste løsningen for fysiologisk ustabile barn. Da må foreldrene være tilgjengelige. Sykepleiere beskriver en uro i forhold til barn som ikke får nok nærhet hud mot hud hos sine foreldre, men det står i kontrast til at man tilsynelatende er lojale til tradisjonelle normer og aksepterer at barn og foreldre ikke er tilgjengelige for hverandre. En sånn uro bærer med seg mening som kan løftes fram i en felles refleksjon og i praksisforskning. Hva er det som står på spill? Hvis vi tror at intakte biologiske funksjoner som fungerer optimalt forutsetter den erfaringen menneskelig nærhet representerer, kan vi da ignorere det?

En refleksjon over vaneorienterte og tradisjonsbaserte normer vil kunne tvinge oss ut av lokale vaner og mot det felles menneskelige, sier filosofen Martha Nussbaum. Med respekt for det felles menneskelige i en foreldre-barn relasjon, og med respekt for velværeaspektet som helsefremmende, må vi prioritere ut fra det som en premiss.

Refleksjon i praksisfellesskapet er en forutsetning for å kunne bryte med etablerte normer også i andre sammenhenger i helsevesenet. Varierte perspektiver i forskningen kan løfte fram hvilke aspekter ved helse som kan forstås som sammenflettet fordi de representerer ulike sider ved samme sak eller fordi de forutsetter hverandre, og dette kan danne grunnlag for en produktiv multidisiplinær praksisrefleksjon.

Ingjerd Gåre Kymre  
Fagredaktør

# Til tross for økt satsning via Opptrappingsplanen, er produksjonen per fagårsverk marginalt endret innen norsk psykiatri

**Clas Waagø-Hansen**

*Clas Waagø-Hansen, spesialist i psykiatri, Ernst & Young/St. Olavs hospital*

## **Abstract**

***Despite an increase in resources through the national psychiatric Escalation plan, Norwegian psychiatry has only seen a marginally change in productivity per clinician.***

***Background:*** When an evaluation of the national Norwegian psychiatric Escalation plan was carried out, the conclusion was that the Norwegian Parliaments demand of a 50% increase in productivity had been achieved. The number of treated patients went from 476 000 to 1,1 million a year over a 10 year period. What wasn't highlighted was the fact that the actual number of clinicians also almost doubled. The purpose of this study was to investigate how the accessible resources within Norwegian psychiatry was utilized, and from a society's point of view, is it possible to achieve a true increase in productivity through better management of available resources.

***Method:*** For the analysis of resources used, the cost analytical tool TDABC was chosen. Data used was obtained from The Norwegian Directorate of Health, Statistics Norway and a hospital trust. Clinicians at several sites were interviewed in person, and 235 clinicians completed a web-based survey in order to gain insight in an ordinary clinical working day.

***Results:*** The findings consistently indicate low productivity on a national level within hospitals. This study investigated 95 062 outpatient consultations in the mentioned Trust, and on average 75% of the working hours were not used on face-to-face patient consultations. Further, available resources were not optimally utilized, patient related outcomes were not used as a tool to adapt/tailor service offered and low productivity has on a national level gained acceptance. The national hospital productivity was on average 38% compared to the productivity by out of hospital practitioners financed by the state. These state financed practitioners have a cost rate of approximately 14%-21% compared to practitioners in hospitals.

***Implications:*** If the issues highlighted in this study are addressed, the productivity within Norwegian psychiatry should be able to meet and excel the demands set forth by the Norwegian Parliament. Such an outcome would require appropriate management on all levels within the service.

## **Key words:**

*Hospital financial management, Hospital management, TDABC, healthcare delivery model, mental health*

## **Referee\***

## Bakgrunn

Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 ble lagt frem i St.prp. nr. 63 (1997-1998) på bakgrunn av Stortingets behandling av St.meld. nr. 25 (1996-1997) ”Åpenhet og helhet” (Regjeringen 1996), sistnevnte påpekte at produktiviteten ved de psykiatriske poliklinikkene syntes lav, og det ble antydning om mulig 50% økning i antall pasienter per behandler (Statens Helsetilsyn 2001: forord).

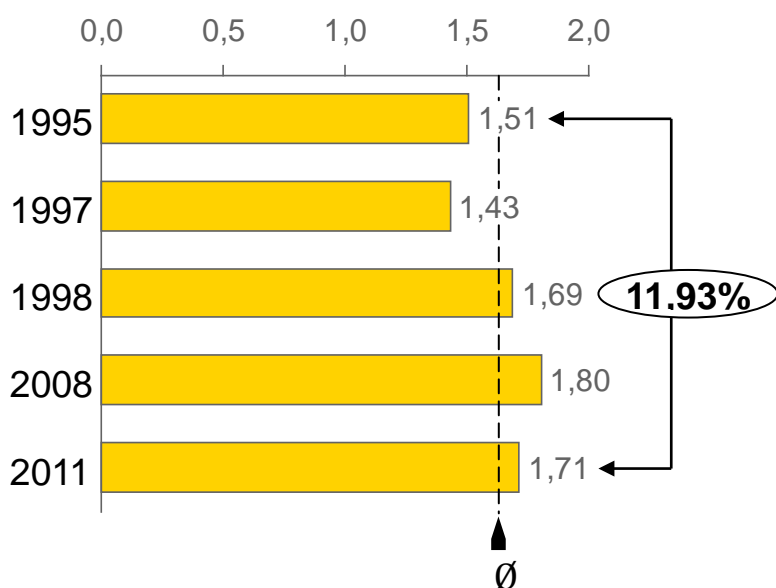
Dette følges opp av Stortinget i 2001 da det vedtar Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (Lovdata 1999), der lovens formål særlig er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig §1-1 punkt 4 samt §1-1 punkt 6; bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

I begrunnelsen for Opptrappingsplanen ble det spesielt nevnt at tilgjengelighet, kontinuitet og helhet var årsaker til økt satsning på norsk psykisk helsetjeneste (Regjeringen 2009).

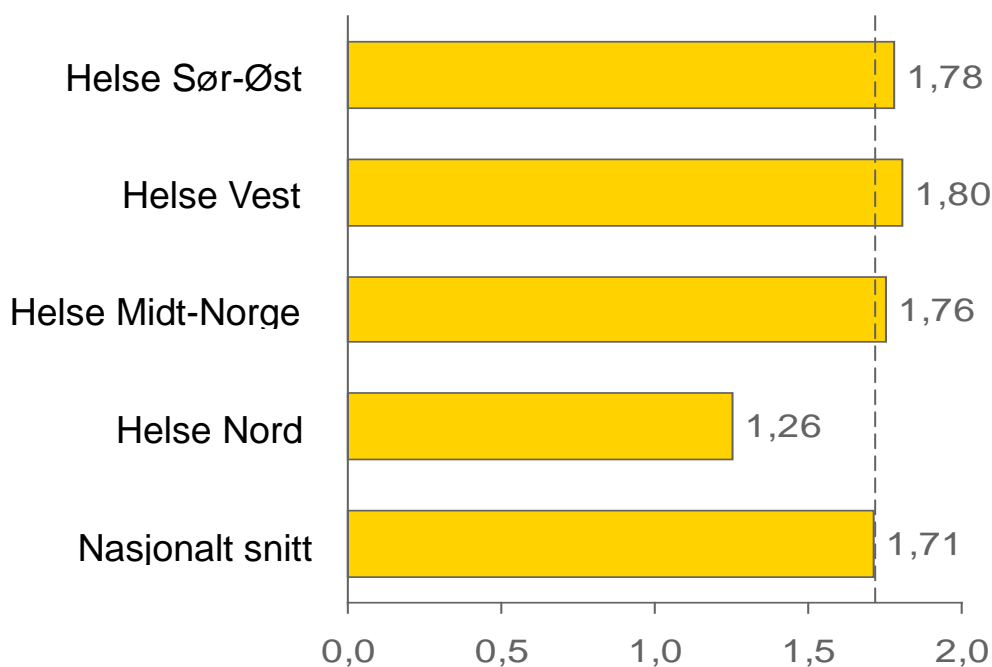
Tall fra SAMDATA i perioden 1995 – 2011 (SAMDATA 2002 - 2011) innen VoP viser en nasjonal utvikling fra 1.51 til 1.71 konsultasjon per fagårverk per dag fra 1995 til 2011, med en topp på 1.80 i 2008 (figur 1). Dette tilsvarer en økning på 11.9%, og er landsgjennomsnitt. For 2011 varierte de regionale tallene mellom 1.26 og 1.80 konsultasjon per fagårverk per dag, jfr figur 2.

Dersom man legger til grunn normen for varigheten av en poliklinisk konsultasjon i Norge, 45 minutter, tilsvarer dette at gjennomsnittlig tid brukt til direkte pasientkontakt i 2011 varierte fra 56.7 minutter til 81 minutter pr dag pr fagårverk. Dette er gjennomsnittstall som dekker hele behandlingsspekteret innen poliklinisk virksomhet, dvs både stasjonær og ambulans virksomhet.

Figur 1: Pasienter per dag/fagårverk 1995 - 2011 – nasjonale tall, fra SAMDATA



Figur 2: Pasienter per dag/fagårsverk 2011 – for hvert RHF, fra SAMDATA



På nasjonal basis har altså gjennomsnittlig tid medgått til daglig poliklinisk pasientbehandling økt fra 68 minutter i 1995 til 78 minutter i 2011 per fagårsverk, mens den totale polikliniske produksjonen har økt betraktelig under og etter Opptappingsplanen.

Jfr SAMDATA 2008 (SAMDATA 2008) har det vært en kraftig vekst i den polikliniske produksjonen . Fra 1998 til 2008 økte antall konsultasjoner med nær 231 prosent. Produktivitetsveksten per behandler har dog vært langt svakere enn forutsatt av Stortinget (Statens Helsetilsyn 2001, forord). Årsaken til den faktiske økningen av total produksjon er at antall årsverk ved poliklinikkene i løpet av denne perioden har blitt fordoblet.

Denne utviklingen ble påpekt av SAMDATA allerede i 2002 (SAMDATA 2002), man så ikke den forventede økningen i produktivitet hos den enkelte behandler. Gjennom 1990-tallet økte antall konsultasjoner ved poliklinikker for voksne med 64 prosent, personellinnsatsen økte tilsvarende. Sintef (Hatling, Bjørngaard og Johansen 2003) fant at i perioden 2000 – 2002 økte antall konsultasjoner med 18%, mens antall fagårsverk økte med 28%. I 2003 fant de at produktiviteten per fagårsverk igjen var oppe på 1998 nivå (Hatling, Røhme og Bjørngaard 2005).

Statens Helsetilsyn utgav i 2002 ”Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker” (Statens Helsetilsyn 2001), da de “med dette å bidra til en god prosess i utviklingen av de psykiatriske poliklinikkene slik at psykisk helsevern kan utvikles i tråd med de intensjoner som ligger i opptappingsplanen for psykisk helse.” I denne ble også produktivitet hos den enkelte behandler spesifikt omtalt. ”De fleste poliklinikker praktiserer en utstrakt autonomi for den enkelte behandler og har ingen uttalt konsensus om hva som skal være behandlingsmålsettingen for den enkelte pasient, eller for når det er faglig riktig å avslutte en behandling.”

Norges forskningsråd la i juni 2009 frem en evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (Forskningsrådet 2008), og daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen uttalte:

”Hovedkonklusjonen i rapporten er at de kvantitative målene i hovedsak er nådd. Mer enn dobbelt så mange får behandling som for 10 år siden og antall årsverk er økt betraktelig. – Det gjenstår fortsatt utfordringer når det gjelder innhold og kvalitet i tjenesten og brukermedvirkning. Dette er viktige satsingsområder for regjeringen framover, sier Hanssen.” (Regjeringen 2009).

SAMDATA 2010 (SAMDATA 2010) viser at fra 2009 til 2010 økte antall konsultasjoner med 6%, antall polikliniske fagårsverk med 11% og konsultasjoner pr fagårsverk gikk tilbake med 5%. 2009 til 2010 er ikke et unntak, SAMDATA 2009 (SAMDATA 2009) viser at fra 2008 til 2009 økte antall fagårsverk med 7.4%, mens antall konsultasjoner med 3.6%. Man ser altså ikke en positiv lineær sammenheng mellom økningen av antall fagfolk og økningen av produktiviteten.

På et overordnet mål fremstår ikke psykisk helse pr i dag som et bærekraftig system, det er lav produktivitet, og for å oppnå økt produktivitet økes antallet fagfolk, ikke produksjonen i seg selv. På sikt er ikke dette et bærekraftig system, og kan fremstå med elementer fra en Ponzisvindel, som er avhengig av kontinuerlig påfyll for å kunne gi avkastning, da systemet ikke gir avkastning i seg selv.

Formålet med denne undersøkelsen er å se på hvordan ressursene innen psykisk helse utnyttes, kvantitativt ble i hovedsak målene for Opptappingsplanen nådd, men til hvilken pris?

## **Materiale og metode**

Produksjonsdata er hentet fra SAMDATA frem t.o.m. 2011 samt levert fra et helseforetak. De enkelte enhetene i foretaket har selv kvalitetssikret datagrunnlaget for produksjon. På foretaksnivå ble produksjonen for august 2011 – september 2012 brukt, 12 måneder. I denne artikkelen er dybdeanalysen basert på produksjonstall fra all voksenpsykiatrisk poliklinisk aktivitet for en divisjon fra et foretak i Norge.

Aktivitetsdata for spesialister med avtale er hentet fra Norsk pasientregister (Norsk pasientregister 2011). Det datagrunnlaget som anvendes i rapporten dekker 90 prosent av alle avtalespesialister innen psykisk helsevern.

Tilskudd til avtalespesialister er hentet fra SSB (SSB 2011).

For å analysere hvordan ressursene er brukt, er metoden Time Driven Activity Based Costing (Anderson og Kaplan 2007, Kaplan og Porter 2011) benyttet. Denne metoden analyserer alle de faktiske kostnader forbundet med den prosessen som analyseres, og er således også avhengig av kostnadsdata. Resultatene vises som effektiv timekostnad for hver enkelt profesjon i figur 9. Kostnadsdata er levert fra helseforetaket som ble analysert. Faktiske kostnader inkluderer alle kostnader for å drifte et foretak, inklusive lønnskostnader, sosiale kostnader, driftskostnader, IKT, telefon m.m., som blir allokert ned til individnivå for å synliggjøre reelle kostnader forbundet med drift.

I denne studien er divisjonens interne kostnad beregnet, det er således ikke tatt med administrasjons- og støtte- kostnader ut over den enkelte enhet. Kostnadene vil dermed være noe høyere sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Dette var et bevist valg, da metoden på dette nivået viser hvordan divisjonens indre ressurser benyttes.

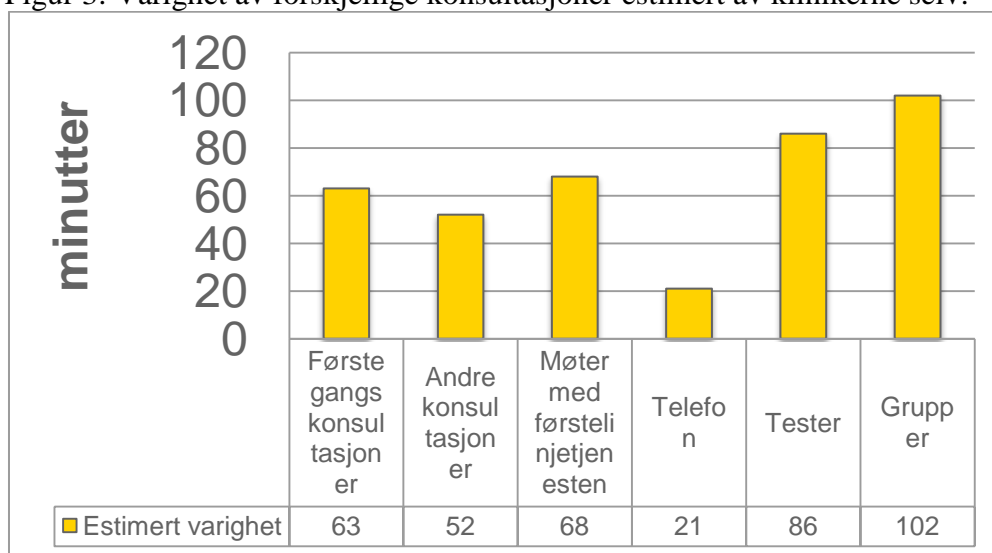
Effektiv timekostnad beregnes ut fra hvor mye tid en person har til sin hovedaktivitet. På grunn av dette vil personell under utdanning ofte ha en høyere timekostnad enn en spesialist, på grunn av fravær til fordypning, kurs og lignende

Ved siden av å kartlegge det økonomiske aspektet, kartlegger denne analysen også hvordan ressursene som ble analysert, ble anvendt av divisjonen. Analyseresultatet kan dermed gi en god pekepinn på hvordan man kan innrette seg for å få best mulig utbytte av investerte ressurser, både materielle og menneskelige.

For å kartlegge innholdet i den polikliniske hverdagen ble klinikere intervjuet om deres hverdag. Artikkelforfatter er spesialist i psykiatri, og hadde dermed en god forutsetning for å gjennomføre disse intervjuene. Disse intervjuene danner så grunnlaget for et spørreskjema som ble sendt til 502 klinikere innen alle profesjoner, der 235 svarte.

Varigheten av konsultasjoner innen psykiatri er et sentralt tema i en slik analyse. Det foreligger en nasjonal forståelse om at tidsforbruket med pasient i en ordinær konsultasjon er 45 minutter. Statens Helsetilsyn henviser også til dette i sin ”Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker” (Statens Helsetilsyn 2001), og klinikerne selv anslo dette til 52 minutter. Spørreundersøkelsen kartla videre gjennomsnittlig tidsbruk på andre oppgaver i den kliniske hverdagen, figur 3.

Figur 3: Varighet av forskjellige konsultasjoner estimert av klinikerne selv:



Hvilke pasientrettede tiltak som ligger bak produksjonstallene for foretaket, ble undersøkt ved å analysere de refusjonsutløsende takstene i denne perioden. Basert på denne analysen ble så innholdet av en klinisk hverdag forsøkt kartlagt, for å gi et bilde av ressursutnyttelsen i foretaket.

En svakhet ved omregning av produksjon pr dag til faktisk tid brukt på direkte pasientkontakt, er at det pr i dag ikke foreligger valide målinger på tidsbruk. For å estimere tid brukt på direkte pasientkontakt må derfor estimert tidsbruk anvendes. Innen norsk psykiatri eksisterer det en norm på 45 minutter pr samtale, som også Statens Helsetilsyn legger til grunn, som nevnt over. Spørreundersøkelsen som ble gjennomført bekrefter at den aksepterte normen for tidsbruk stemmer rimelig godt med reelt tidsbruk.

Det er korrigert for fravær, permisjoner, vikarer etc., slik at det er den reelle produksjonen som er fordelt på den reelle personellinnsatsen i denne perioden.

Direkte pasientkontakt omfatter konsultasjoner med pasienter, telefonkonsultasjoner, tester, gruppe-/familiebehandling, oppfølgingsmøter med førstelinjetjenesten og ikke-refusjonsutløsende konsultasjoner med pasienter. (Se vedlegg 3, takster og tid)

Innholdet av tiden som ikke er direkte pasientkontakt, er ikke kartlagt i detalj. Dette omfatter blant annet reisetid i forbindelse med ambulant virksomhet, interne møter, vurdering av henvisninger, enhets- og teamledelse, kurs, utdanning og veiledning.

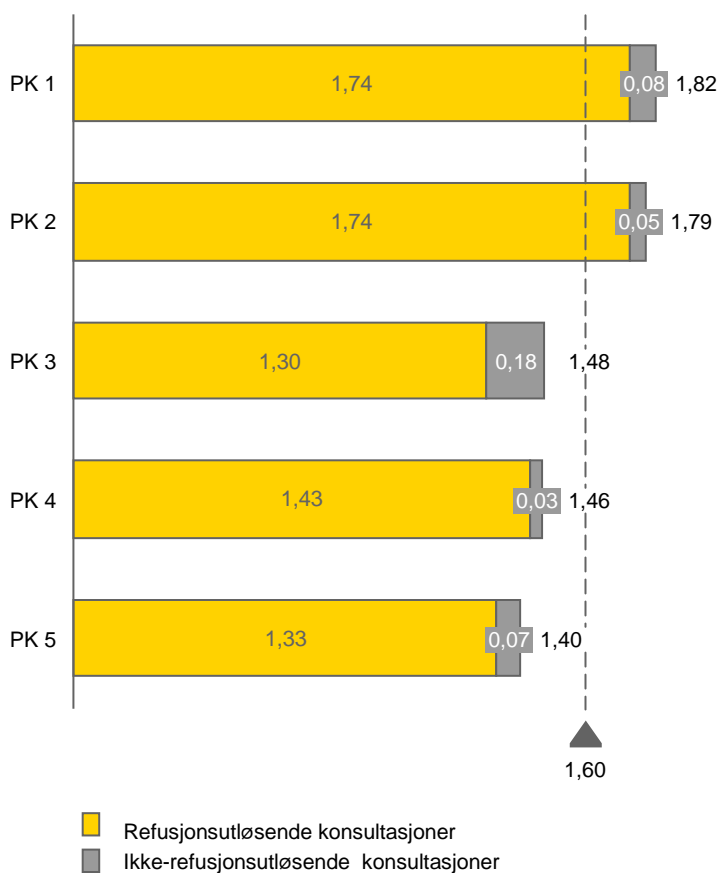
Beregningen av nettokost tar utgangspunkt i totale lønnskostnader for alle profesjoner av klinisk personell i poliklinikkene, samt arealer i poliklinikkene. Beregningen inkluderer kun refusjonsutløsende konsultasjoner.

Lønnskostnader for ikke-klinisk støttepersonell og ledelse er ikke inkludert i beregningen, slik at de reelle kostnadene i et samfunnsøkonomisk perspektiv er større. Dette er divisjonens interne kostnad, og kostnader knyttet til ikke-pasientrettet arbeid er fordelt over konsultasjonene. Beregningsforklaring i vedlegg 1.

## **Resultater**

Nasjonale og regionale produksjonstall for perioden som ble undersøkt varierer som nevnt over mellom 1.26 og 1.80 konsultasjoner med pasient pr dag pr fagårsverk. I det foretaket som ble undersøkt var dette tallet 1.47 konsultasjoner i gjennomsnitt pr dag pr fagårsverk for hele divisjonen, og 1.60 i de rene polikliniske enhetene.

Figur 4: Antall konsultasjoner med pasienter per årsverk per dag for rene poliklinikker 1 – 5 (PK1 – PK5), med et gjennomsnitt på 1.60 for poliklinikkene



- ▶ Beregningen tar utgangspunkt i faktisk produksjon i perioden samt reelt tilgjengelige kliniske årsverk i den samme perioden
- ▶ Ikke-refusjonsutløsende konsultasjoner med pasienter er inkludert i beregningen
- ▶ Antall årsverk er korrigert for fravær, vikarer osv.
- ▶ Samlet produksjon for alle poliklinikkene er 1,6 konsultasjoner per årsverk per dag (derav 1,5 refusjonsutløsende)

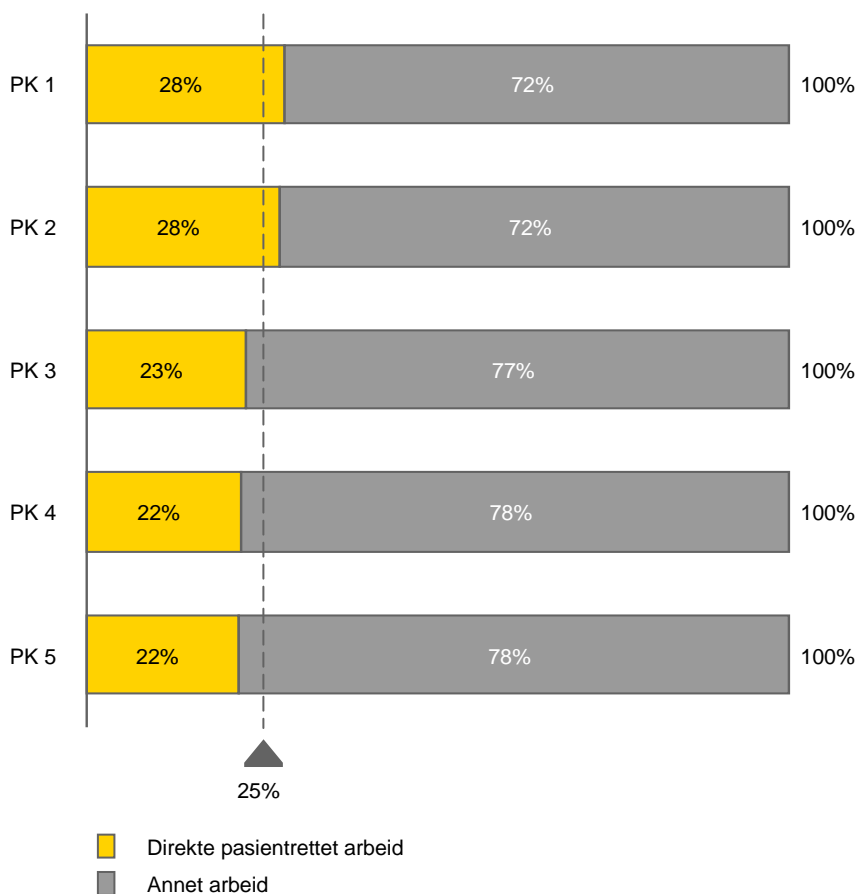
I produksjonstallet ligger både refusjonsutløsende konsultasjoner og ikke-refusjonsutløsende konsultasjoner. På enhetsnivå varierte produksjonstallet fra 0.51 til 1.83 refusjonsutløsende konsultasjoner pr dag pr fagårsverk.

Totalt ble det i denne perioden registrert 95 062 konsultasjoner, 7 823 ikke-refusjonsutløsende konsultasjoner og 87 239 refusjonsutløsende konsultasjoner ved det undersøkte foretaket.

Tid brukt på direkte pasientkontakt pr fagårsverk pr dag varierte fra 10% til 32%, med et gjennomsnitt på 24.6% for hele divisjonen. Ved en arbeidstid på 7.5 timer pr dag, tilsvarer dette at et fagårsverk bruker fra 45 minutter til 144 minutter pr dag til direkte pasientkontakt, med et gjennomsnitt på 111 minutter.



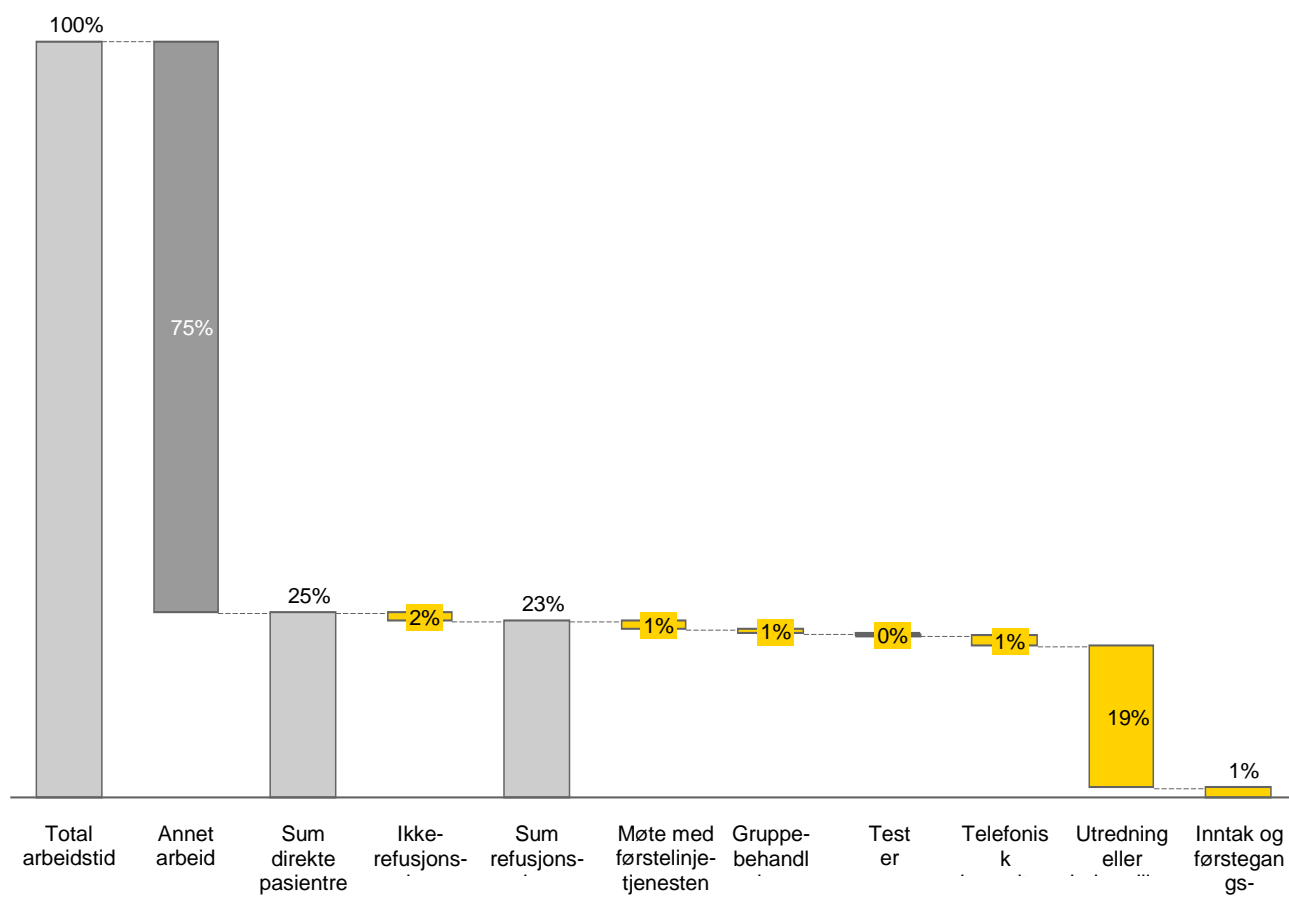
Figur 5: Tid brukt på direkte pasientkontakt pr fagårsværk i perioden 1.9.2011-31.8.2012



- ▶ Beregningen tar utgangspunkt i faktisk produksjon i perioden samt reelt tilgjengelige kliniske årsværk i den samme perioden
- ▶ Direkte pasientrettet arbeid omfatter konsultasjoner med pasienter, telefonkonsultasjoner, tester, gruppe-/familiebehandling, oppfølgingsmøter med førstelinjetjenesten og ikke-refusjonsutløsende konsultasjoner med pasienter
- ▶ Innholdet i annet arbeid er ikke kartlagt i detalj, men dette omfatter blant annet reisetid i forbindelse med ambulant virksomhet, interne møter, vurdering av henvisninger, enhets- og teamledelse, kurs, utdanning og veiledning
- ▶ Samlet fordeling for alle poliklinikkene er 25 % direkte pasientrettet arbeid

Analyse av de registrerte takstene viste at 17% av arbeidstiden gikk til utredning eller behandling av pasienter, 4 % til telefonisk konsultasjon, 1 % til førstegangskonsultasjon og gruppebehandling. Tester og møter med førstelinjetjenesten lå under 0.5%. Se figur 6.

Figur 6: Fordeling arbeidstid klinisk personell (%)



Figur 3 viser gjennomsnittet av varigheten for de enkelte konsultasjonsformer klinikerne selv oppgav i spørreundersøkelsen. De ble også spurt om det hendte at de brukte kortere konsultasjoner, og 69% oppgav at de gjorde det. Klinikere som benytter kortere konsultasjoner estimerer at varigheten er 26 % kortere når dette benyttes.

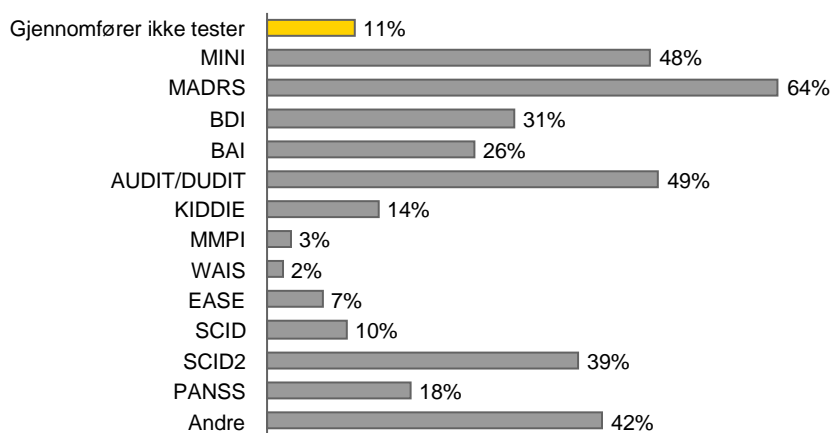
Gruppebehandling er godt dokumentert innen psykisk helse, som nevnt over ble ikke dette brukt i stor utstrekning i denne divisjonen. 76% oppgav at de hadde et gruppetilbud ved deres enhet, og 35% svarte at de benyttet seg av dette.

På spørsmål om behandlingsresultat ble målt ved deres enhet, svarte 45% ja. 26% svarte vet ikke og 29% svarte nei.

Det ble også spurt om de kjente til produksjonskrav ved deres enhet, noe som divisjonen har. 68% svarte ja, 23% nei og 8% vet ikke.

Neuropsykologiske tester er viktige verktøy innen psykiatrisk virksomhet for både utredning av symptomer og kartlegging av tilstand. Spørreundersøkelsen bekreftet at de fleste klinikere utfører disse i sin hverdag. Klinikere innen psykisk helsevern består av høgskoleutdannelse, leger, psykologer og lege- og psykolog- spesialist. Figur 7 viser hvilke neuropsykologiske tester høgskoleutdannende utfører.

Figur 7: Tester som gjøres av høgskoleutdannet:



100% av psykologene oppgav at de utførte slike tester, mens det for psykiatere og psykologspesialister var 96%.

Kvalitetssikring av testing ble også etterspurt. Det ble gitt opplæring, men opplæringen følges ikke systematisk opp. 71% bekreftet opplæring, 19% sa nei og 10% vet ikke. 56% svarte at opplæringen ble fulgt opp, 25% nei og 19% vet ikke.

På spørsmål om alle pasienter ble diskutert med spesialist, svarte 6.8% nei, 6% vet ikke og 87.2% ja.

Det ble også spurt om reisetid tok mye av deres kliniske arbeidsdag, 28% svarte ingen reisetid, 49% svarte inntil 2 timer pr uke., 18.7% svarte 2-6 timer, 3% 6-10 timer og 0.9% over 10 timer.

De ble også bedt om å estimere pasientrettet arbeid som det ikke finnes takster for. 59% svarte ja til "utfører du mye arbeid som ikke blir registrert da det ikke finnes takster for dette?". For de som svarte ja var gjennomsnittlig tidsforbruk 7 timer på dette, per uke. Eksempler på dette i vedlegg 1.

Samlet netto driftskostnad per konsultasjon for alle enheter er 2.653 kr, mens samlet arealkostnad per konsultasjon er 137 kr. Ved den minst produktive enheten var driftskostnad 14 117 kr pr konsultasjon, og ved den mest effektive 2 057 kr.

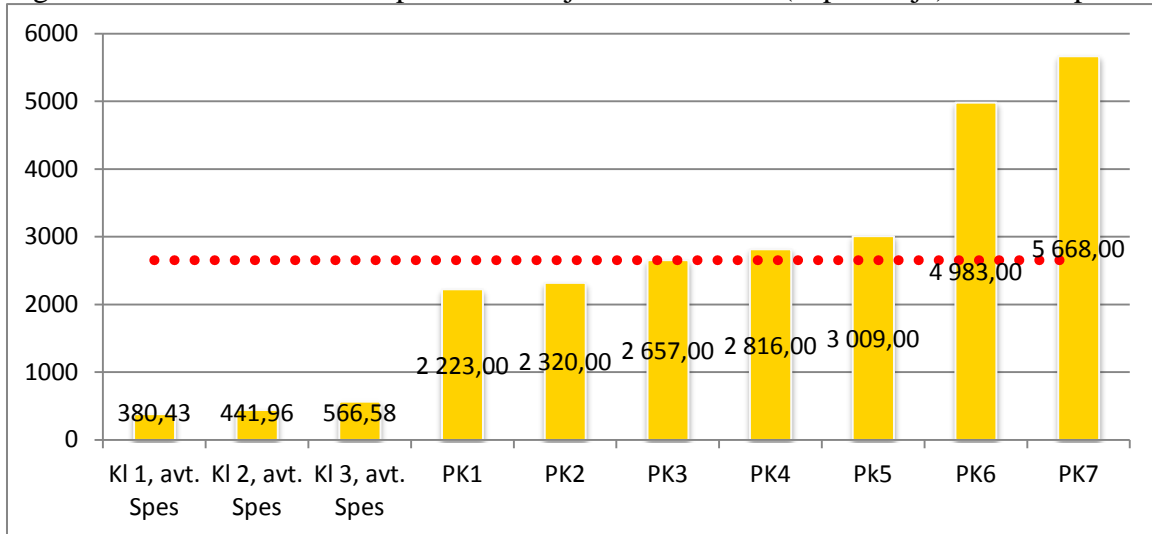
Figur 8 viser netto driftskostnader for 60 minutter ved utvalget enheter (de med størst produksjon) i divisjonen, sammenlignet med kostnadene for 60 minutter for avtalespesialister.

Avtalespesialistene har tilskudd fra det regionale helseforetaket, og vil dermed reelt sett være enda billigere da kostnader ut over divisjonen (stab etc) ikke er tatt med for divisjonens netto driftskostnader.

Netto driftskostnader for 60 minutter av en klasse 1 avtalespesialist tilsvarer 14.3 % av gjennomsnittet av nettokost for en konsultasjon i divisjonen, uavhengig av hvilken profesjon som utfører konsultasjonen i divisjonen. Tilsvarende er kostnaden for klasse 3 avtalespesialist er 21% av gjennomsnittet for en konsultasjon i divisjonen.

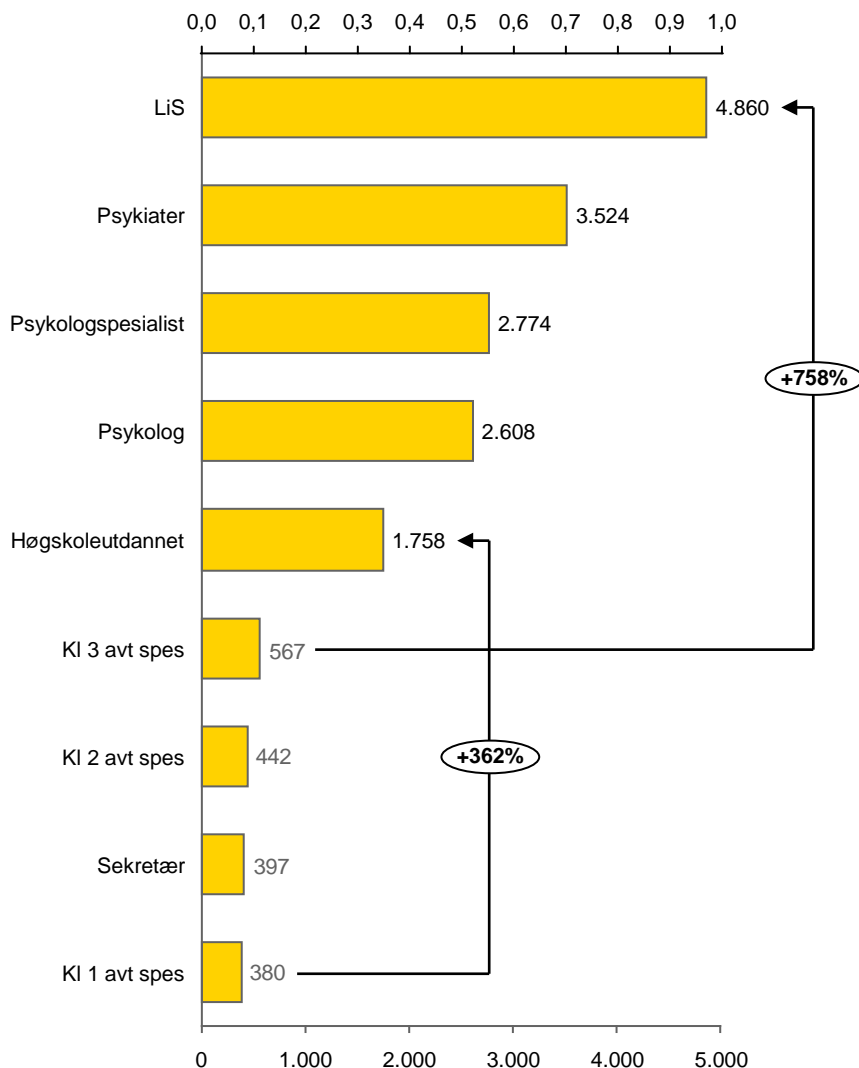
Psykiatere og psykologer havner oftest i klasse 1 da tilskuddet beregnes ut fra behov for medisinsk utstyr i drift av spesialistpraksis.

Figur 8: Netto driftskostnader per konsultasjon for enhetene (stiplet linje) er snittet på 2 653



Da metoden TDABC ble brukt for å beregne effektive timepriser for de forskjellige profesjonene, ble kostnad per effektive time som vist i figur 9. Sekretærer og de forskjellige avtalespesialistklassene ble tatt med for sammenligning.

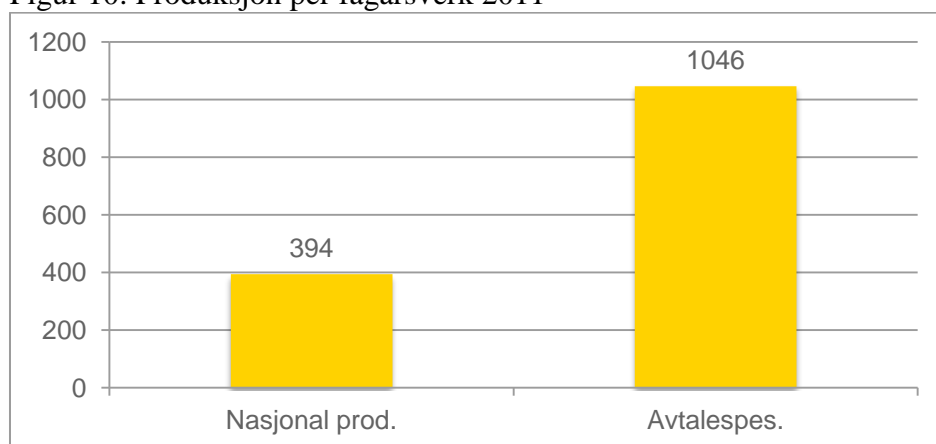
Figur 9: Effektiv timepris for de forskjellige profesjonene:



Avtalespesialistene (både psykiatri og psykologi) stod for ca 28% av produksjonen i psykisk helsevern i 2011 (Norsk pasientregister 2011), og de utgjør forholdsvis ca 25% av fagårsverk i helseforetak, 786 mot 3 132 (SAMDATA 2011).

Det nasjonale gjennomsnittet for produksjon var i 2011 394 pr fagårsverk på landsbasis (SAMDATA 2011), mens det for avtalespesialister innen psykiatri var 1046 og innen psykologi var 1051 (Norsk pasientregister 2011), figur 10. Tallene gjelder for spesialister med 100% driftshjemmel.

Figur 10: Produksjon per fagårsverk 2011



Psykiaterne hadde i gjennomsnitt 12 kontakter pr pasient, og psykologene 12,7, og de så henholdsvis 87 og 83 pasienter pr behandler. (Norsk pasientregister 2011).

Basert på takster brukte avtalespesialistene over 1 time pr pasient for ca  $\frac{3}{4}$  av pasientene (Norsk pasientregister 2011). For begge fagområdene er det store variasjoner i antall kontakter per pasient. Innen psykiatri varierer gjennomsnittet per pasient fra 3 til 48 kontakter og 55 prosent av spesialistene ligger over gjennomsnittet på 12 kontakter per pasient. Innen psykologi varierer gjennomsnittet per pasient fra 1 til 62 og her er det 65 prosent av spesialistene som har flere kontakter per pasient enn det nasjonale gjennomsnittet på 12,7 (Norsk pasientregister 2011).

## Fortolkning

Analysen av takstene ved denne divisjonen synes å stemme godt overens med de nasjonale tall. Selv om det er svakheter ved beregning av tid brukt på direkte pasientkontakt, synes tiden brukt på direkte pasientkontakt å være lav. Det spiller ingen avgjørende rolle om det brukes 45, 52 eller 60 minutter per konsultasjon så lenge det nasjonale snittet for 2011 er 1.71 pasientkonsultasjon per dag per fagårsverk, samt at ytterligere tilførsel av årsverk ikke har medført en lineær sammenheng med økning i produktivitet. Et slikt system er ikke bærekraftig over tid.

Dette er en problemstilling Stortinget adresserte forut Opptappingsplanen i 1996, og som har vært tatt opp av SAMDATA, SINTEF og Statens Helsetilsyn gjentatte ganger siden da.

I beregningen av tid brukt til direkte pasientkontakt ligger den største svakheten som tidligere nevnt, i at det ikke foreligger objektive tidsmålinger, dernest at det heller ikke foreligger nøyaktige målinger for de øvrige gjøremål som blir utført i løpet av en arbeidsdag.

Legger man til grunn svar fra denne spørreundersøkelsen finner man at et sted mellom 9 og 13 timer pr uke går med til reisetid og ”annet”, hhv 24% og 35% av en 37.5 timers arbeidsuke. Tid medgått til direkte pasientkontakt ligger på et divisjonsnivå i underkant av 25%. Disse to faktorene dekker altså fra 49% til 60% av en arbeidsuke. For å få et mer presist bilde av hva arbeidstiden brukes til, må det inngående tidsregistreringer til, noe som lå utenfor denne studien.

Innholdet av arbeidstiden ble også nevnt av SINTEF i sin sluttrapport (Hatling, Røhme og Bjørngaard 2005); ”I en situasjon hvor behandlerne ønsker å gjøre mer av alt er det altså grunn til å anta at behovet for ledelse er stort”. Behovet for ledelse tiltar ytterligere når summen av ikke-refusjonsberettigede oppgaver øker, og myndighetene blir nødt til å ta med dette i sin vurdering av produktivitet.

Ved pålegg om økning av ikke-kliniske aktiviteter, må nødvendigvis disponibel tid til klinisk aktivitet gå ned dersom man forutsetter at klinikere skal utføre disse oppgavene innenfor en uendret tidsramme. En lederoppgave blir dermed å identifisere de oppgavene som må gjøres av klinikere og hvilke oppgaver som kan utføres av ikke-klinikere (merkantilt personell). Videre bør det tilfalle ledere å differensiere mer blant klinikerne, alle bør fortsatt ikke gjøre alt og eksisterende kompetanse bør utnyttes bedre.

Funn i spørreundersøkelsen viser at de som er ansatt for å gjøre et klinisk arbeide, uavhengig av profesjon, kan utføre de fleste basisundersøkelsene. Lokale ledere bør derfor i større grad vurdere ressursbruken, slik at spesialistenes tid i større grad går til spesialist arbeide fremfor rutinearbeid. En slik omfordeling av ressursbruk vil kunne tilføre en betydelig økning av spesialisttid, samt fremstå mer samfunnsøkonomisk fornuftig ved at ressursbruk gjenspeiles i kompleksiteten av det arbeide som utføres.

Videre bør det innføres objektive kvalitetsindikatorer på behandling gitt. Ved å sammenstille disse opp mot behandling gitt, type behandling og ressursforbruk, kan man innrette fremtidig behandling slik at den mest effektive behandlingen innsettes.

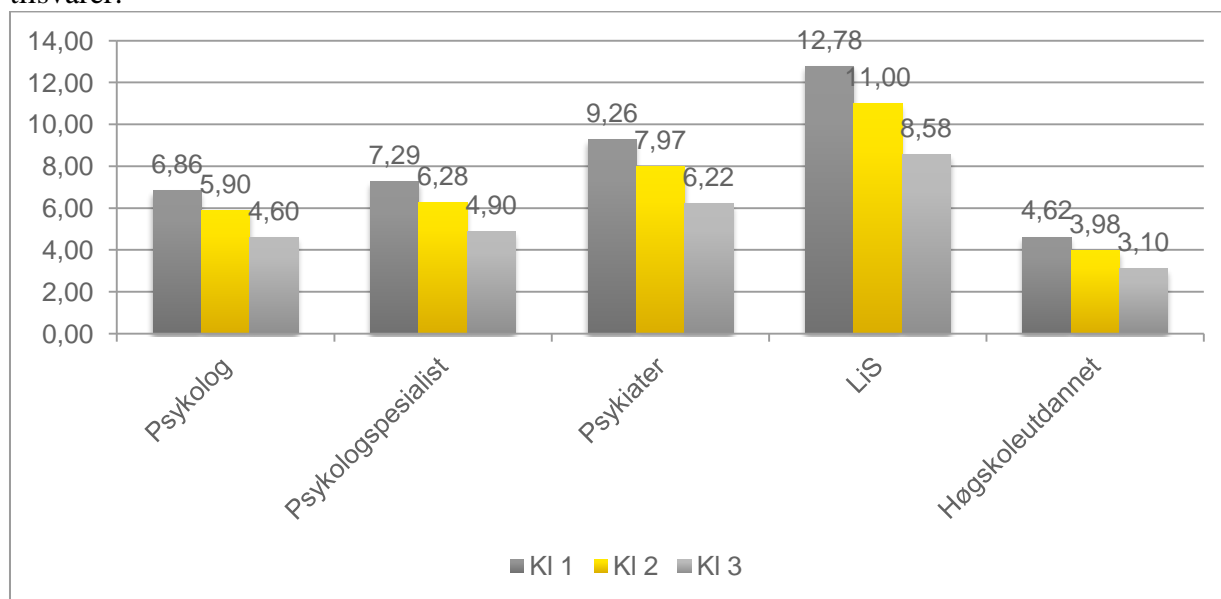
Uten objektive kvalitetsindikatorer styrer man for ofte etter subjektiv synsing, og man får dermed ikke muligheten til systematisk læring på systemnivå. Et slikt ”blindet” og transparent system vil ikke ha andre interesser enn å fremme læring, uavhengig av eventuelle økonomiske interesser.

Det kan også synes som om det er et underforbruk av avtalespesialister. For det undersøkte regionale helseforetaket lå driftskostnad for avtalespesialist på 14% - 21% av netto driftskostnad for divisjonen. Dette tilsvarer 5 – 6 hele spesialistkonsultasjoner for hver av de utførte konsultasjonene i divisjonen.

Avtalespesialister har produksjonskrav som er nesten tre ganger så høy som den nasjonale produksjonen i 2011, og dette er produksjonskrav som innfris. De ser pasienter innenfor de fleste diagnosegruppene og ved løpende å avslutte pasientforløp, har de kapasitet til å behandle flere.

Dersom effektiv timepris hos de forskjellige profesjonene sammenlignes, viser figur 11 at for kostnaden av 1 time hos en høyskoleutdannet person i denne divisjonen, kunne samfunnet fått 3.1 konsultasjoner hos legespesialist kl 1, og 3.98 hos kl 2 . Sammenlignes psykiater mot psykiater, tilsvarer en konsultasjon hos sykehusansatt 6.2 konsultasjoner hos en avtalespesialist, og hele 8.6 konsultasjoner målt opp mot Lege i spesialisering (LiS lege), fig 11.

Figur 11: Antall timer hos avtalespesialist som 1 time hos hver profesjon på sykehuset tilsvarer:



Samlet sett fremstår kvaliteten og kompetansen innen norsk psykiatri som god, Opptrappingsplanen har medført rikelig med ressurser for å oppnå dette. Det som dog ikke fremstår som optimalt, er styring av ressursforbruk.

Stortingets forventninger fra 1996 er på ingen måte oppnådd på tross av alle tilførte ressurser, og det er legitimt å spørre om spesialisthelsetjenesteloven gjennomgående brytes innen norsk psykiatri.

Ved bedre ledelse og ressursutnyttelse av eksisterende kompetanse i norsk psykiatri bør det være mulig å oppfylle kravet fra Stortinget om økt produktivitet. Som denne studien viser får samfunnet langt flere konsultasjoner igjen for ressurser brukt hos avtalespesialister enn i en DPS, samt at forutsetningene for en bedre ressursutnyttelse innad i DPS'ene er til stede ved en større differensiering av utført arbeide.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m (Lovdata 1999), der lovens formål særlig er å bidra til at ressursene utnyttes best mulig §1-1 punkt 4 samt §1-1 punkt 6; bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene vil også etterleves i langt større grad ved en vridning av kommende investeringer. Avtalespesialistene har produksjonskrav som ligger 2 – 3 ganger over nasjonalt gjennomsnitt av pasienter behandlet per årsverk, disse kravene innfris samt kostnaden for en konsultasjon hos avtalespesialist er 14%-21% av kostnaden for en konsultasjon i et DPS, uavhengig av profesjon som utfører konsultasjonen i DPS'et.

Ved å dreie fremtidig investeringer mot avtalespesialister fremfor økt oppbemanning i DPS'ene støtter disse tall at Helseforetakene bør vurdere å innføre flere hjemler for avtalespesialister fremfor oppbemanning av DPS funksjoner, eventuelt også vurdere en vridning av dagens ressurser ut fra DPS'er til avtalespesialister. Videre bør lokal ledelse internt i DPS'ene i langt større grad fokusere på økning av antall faktiske pasienter sett slik at samfunnet får den tjenesten samfunnet etterspør og finansierer.



Kvaliteten på behandling gitt, både hos avtalespesialister og i DPS'er, bør dokumenteres ved innføring av klinisk relevante kvalitetsindikatorer. Da det er samfunnet som finansierer offentlig psykisk helsevern samt har behov for disse tjenestene, bør det derfor være legitimt å etterspørre offentlig publisering av kvalitetsindikatorer og informasjon om ressursforbruk samt effektivitet innen psykisk helsevern.

## Litteratur

- Anderson og Kaplan (2007) Time-Driven Activity-Based Costing: A Simpler and More Powerful Path to Higher Profits by Robert S. Kaplan, Steven R. Anderson, Harvard Business Press Books, Apr 04, 2007
- Forskningsrådet (2008) [http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Evaluering\\_av\\_Opptrappingsplanen\\_for\\_psykisk\\_helse/1219128517836](http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Evaluering_av_Opptrappingsplanen_for_psykisk_helse/1219128517836)
- Hatling, Bjørngaard og Johansen (2003) Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker, Delrapport 2, STF78 A035005. Unimed Psykisk helsearbeid
- Hatling, Røhme og Bjørngaard (2005) Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Sluttrapport, Bjørngaard SINTEF Helse, Juni 2005
- Kaplan og Porter (2011) How to Solve the Cost Crisis in Health Care, HBR Articles, Robert S. Kaplan, Michael E. Porter, Sep 1, 2011
- Lovdata (1999) Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-061-001.html#1-1>
- Norsk pasientregister (2011) Aktivitetsdata for avtalespesialister 2011
- Regjeringen (1997) Åpenhet og helhet, [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25\\_1996-97/2.html?id=191088](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97/2.html?id=191088)
- Regjeringen (2009) <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2009/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-eva.html?id=567200>
- Regjeringen (2009) Fakta ark 150609 Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008, <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/FAKTA%20opptrappingsplanen.pdf>
- SAMDATA (2002) Pedersen PB, red. SAMDATA Psykisk helsevern. Psykisk helsevern på 1990-tallet. Utviklingstrekk og regionale variasjoner, Rapport 7/01. Trondheim: SINTEF Unimed, 2002.
- Samdata (2002 – 2011) <http://www.sintef.no/samdata>
- SSB (2011) SSB: Skjema 41 Private spesialister med driftsavtale
- Statens Helsetilsyn (2001) HÅNDBOK I DRIFT AV PSYKIATRISKE POLIKLINIKKER, IK– 2739 , Utredningsserien 2:2001

Vedlegg 1: Analysene er basert på produksjons- og kostnadsdata mottatt fra klinikken

- ▶ Analysene viser hva som er produsert hvor, av hvilken enhet, til hvilken internkostnad
- ▶ Analysene er basert på data mottatt fra avdelingene, og går ikke ned på individnivå for netto driftskostnad
- ▶ Analysene inneholder en usikkerhetsfaktor på grunn av enkelte svakheter i datagrunnlaget, men dette svekker ikke den overordnede konklusjonen
- ▶ Datagrunnlaget er kvalitetssikret av avdelingsledere

Datatype	Kommentar
Produksjon	Avdelingene har relativt god oversikt over hvor mye som produseres i en gitt tidsperiode, men i enkelte tilfeller er det uklart hvem som har produsert dette og hvor. I tilfeller der lokale tall er høyere enn tallene som kommer fram i sentrale rapporter, er lokale tall prioritert. Det finnes en risiko for dobbelttelling, samtidig som det kan finnes produksjon som ikke er registrert. Enkelte avdelingsledere har påpekt svakheter i registreringspraksis ved sin avdeling.
Lønnskostnader	Avdelingene har god oversikt over tilgjengelig klinisk personell samt lønnskostnader forbundet med dette. Analysene tar utgangspunkt i reelt tilgjengelige årsverk og faktiske lønnskostnader.
Arealkostnader	Arealkostnader for de ulike enhetene er inkludert i sin helhet for leide arealer. For eide arealer er en gjennomsnittlig kostnad per kvadratmeter lagt til grunn. I de tilfellene hvor flere enheter deler areal er dette fordelt ut fra antall årsverk i de ulike enhetene.
Behandlingsresultat	Klinikken måler ikke behandlingsresultat systematisk per i dag. Kvalitet på produksjonen og effekt hos pasient er derfor ikke inkludert i analysene.

Vedlegg 2: Hvilket pasientrettet arbeid utløser ikke takster:

- Forberedelse til konsultasjoner / tester
- Planlegging av gruppebehandling / annen terapi
- Analyse av tester / etterarbeid
- Journalføring / dokumentasjon
- Mentalt etterarbeid
- Vurdering av diagnose
- Reseptskriving
- Bestilling av blodprøver
- Søke etter ledige plasser på institusjoner
- Sms med pasienter
- Telefonkontakt med pasienter / pårørende som ikke (kan?) registreres som telefonkonsultasjon
- Råd og veiledning til pårørende
- Generell råd og veiledning til eksterne instanser (ikke knyttet til navngitt pasient)
- Utfylling av skjemaer til NAV
- Uttalelser / rettssaker
- Pasienter som ikke møter
- Oppsett og endring av timer
- Vurdering av henvisninger / inntaksarbeid
- Behandlingsmøter
- Interne utredningsmøter
- Nettverksmøter
- Drøfting av pasienter med kolleger
- Internundervisning / kurs / fagmøter
- Faglitteratur / selvstudium
- Veiledning internt
- Terapi uten takst (f.eks. billedterapi)
- Kontakt med innlagte pasienter
- Konsultasjoner / møter varer lenger enn forutsatt
- Praktiske ting som pasienten ikke klarer å utføre
- Langvarig observasjon av pasienter
- To behandlere i samme konsultasjon
- Tekniske problemer med DIPS
- Lange reiseavstander

Vedlegg 3:

- ▶ For å beregne andelen pasientrettet arbeid er det lagt til grunn en gjennomsnittlig varighet for alle polikliniske takster, definert ut fra en vanlig lengde for de ulike aktivitetene i en poliklinikk
- ▶ Det er ikke gjennomført detaljerte tidsundersøkelser men estimatene er verifisert gjennom en spørreundersøkelse og intervjuer med klinikere
- ▶ Beregningene legger til grunn at pasienter møter én behandler samtidig i en konsultasjon

Takst VOP	Gjennomsnittlig varighet
P10, første konsult.	60 min (inkl. 15 min journalskriving)
P12 + P12a/b, konsul. med pas. 12b kun pårørende	60 min (inkl. 15 min journalskriving)
P13, møte med 1.linje	60 min
P14, telefon	20 min
P15, tester	180 min (inkl. analyse)
P16, gruppe/familie behandling	120 min
201b (uten refusjon)	60 min

# Integrert behandling av rus og psykiske lidelser i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling: Evaluering av implementeringstiltak.

**Kari E. Bjørnstad og Rolf W. Gråwe**

*Kari E. Bjørnstad, Rehabiliteringsseksjonen, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark HF, Ulefossveien, 3710 Skien*

*Rolf W. Gråwe, Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, Postboks 3250, Sluppen, 7000 Trondheim*

## Abstract

### ***Integrated treatment of substance abuse and mental illness in a security psychiatric ward: Evaluation of the implementation measures***

*Violence and homicide among patients with severe mental disorders is associated with substance use. The main aim of this study was to improve organization-level dual diagnoses capability in a forensic psychiatric unit. Health personnel and organization level assessments were performed before and after program and staff training and program implementation. Results: The DDCMHT targeted important areas of change and staff training was associated with an increased total score in dual diagnoses capability from 2.7 to 3.9 on a 1-5 scale, a change from being categorized as Addiction or Mental health Services Only to Dual Diagnosis Capable. Important implementation factors were clinical experience and organizational support. Despite implementation challenges, the main conclusion to be drawn from the study is that improvements in dual diagnoses capability are feasible at a service level.*

## Key words

*Substance use; severe mental disorders; implementation; treatment; forensic; ruslidelse; alvorlig psykisk lidelse; kvalitetsforbedring; implementering; integrert behandling; sikkerhetspsykiatri.*

## Referee\*

**Til tross for at rusmiddelbruk er knyttet til vold og farlighet blant pasienter i sikkerhetspsykiatriske avdelinger, er det få evalueringer av implementering av integrerte behandlingstiltak.**

I NOU rapport 2010:3 (Olsenuvalget) om Drap i Norge i perioden 2004-2009, fremkommer det at alvorlig psykisk lidelse og alvorlig personlighetsforstyrrelse i kombinasjon med ruslidelse er en sterk prediktor for voldsutøvelse. Flere uheldige volds- og drapsepisoder

utført av denne gruppen pasienter, har ført til debatt om psykiatriens faglige vurderinger og behandlingskompetanse. Olsenuvalgets anbefalinger var blant annet å sikre disse pasientene en tilpasset og integrert behandling av begge lidelsene (NOU 2010:3). Det er fremdeles mangelfull forskning på feltet. Kunnskapsbaserte konsensusrapporter og behandlingsretningslinjer viser allikevel at integrerte behandlingstiltak til personer som trenger både rus og psykiatribehandling (ROP) er assosiert med bedre sykdomsforløp enn rusmiddelbehandling eller psykiatribehandling gitt separat (Drake, O'Neal & Wallach, 2008; Dixon et al. 2010; Helsedirektoratet, 2012). Vi kjenner derimot ikke til at det finnes Norske programmer for implementering av denne type behandling i klinisk praksis. I helsevesenet generelt er det både tidkrevende og utfordrende å implementere forskningsdrevne behandlingstiltak i daglig klinisk praksis (Shojania & Grimshaw, 2005).

Statens Helsetilsyn fastslo allerede i 2000 at det var behov for spesialiserte døgnplasser for pasienter med dobbeldiagnose. Likevel indikerer studier at mange pasienter med ROP-lidelser i norske psykiatriske døgnavdelinger, ikke mottar adekvat behandling med bakgrunn i manglende dobbel kompetanse (Gråwe & Ruud, 2006; Helsedirektoratet, 2012). En amerikansk undersøkelse viste at kun en av 32 (3 %) undersøkte behandlingstilbud innen psykisk helsevern gir behandling til pasienter med ROP-lidelse på et integrert nivå (McGovern, Lambert-Harris, McHugo, Giard & Mangrum, 2010). Innen rusbehandlingstiltak fant de at dette angikk 6 av 54 rusbehandlingstilbud (11 %). Ingen av rusbehandlingstiltakene som deltok i studien hadde kompetanse til å behandle begge lidelsene på det høyeste nivået, dvs. behandle personer med alvorlig psykisk lidelse med samtidig omfattende og ustabile rusproblemer.

I en litteraturgjennomgang av studier av implementering av integrerte ROP-behandlingstiltak, identifiserte Torrey et al., (2011) 24 studier og de fleste av disse benyttet måleinstrumentene Integrated Dual Disorders Treatment (IDDT) Fidelity Scale (McHugo et al., 2007), Dual Disorders Capability in Addiction Treatment (DDCAT) og Dual Disorders Capability in Mental Health Treatment (DDCMHT) (McGovern, 2007). Deres generelle funn var at implementering av integrerte behandlingstiltak er mulig, men at dette tar lang tid og at prosessen er kompleks. De fremhevet betydningen av å ha en sterk leder som aktivt utfordrer barrierer mot endring og implementering, som gir ansatte tilbakemelding fra måleresultater, og gjør endringene til en del av den daglige kliniske praksis. Ingen av studiene som ble identifisert var utført i sikkerhetspsykiatriske avdelinger. Vi kjenner heller ikke til at det er utført lignede studier i slike enheter.

I denne studien ønsket vi å evaluere endringer knyttet til implementering av kvalitetsforbedrende tiltak i en sikkerhetspsykiatrisk døgnavdeling. Vi gjennomførte (1) målinger av endringer i integrert ROP behandlingskompetanse, samt (2) vurderinger av sammenhenger mellom grad av troskap til kvalitetsforbedringsmetodikken og endringer i målt ROP behandlingskvalitet. Vi ønsket samtidig å undersøke om måleinstrumentet DDCMHT (Gotham, Claus, Selig & Homer, 2010) er nyttig i å identifisere og måle ROP behandlingskompetanse.

## Metode

Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Telemark HF igangsatte i 2009 klinikkovergripende opplæringstiltak for å øke den ROP-faglige kompetansen i de ulike enhetene. Sikkerhetsenheten som denne studien omhandler, er en lukket post for pasienter med

voldsproblematikk og alvorlig psykisk lidelse (9 døgnplasser samt etterverns plasser). Flertallet har schizofrene lidelser og personlighetsforstyrrelse. Kliniske rapporter viser at  $\frac{3}{4}$  har et identifisert rusproblem. Behandlingstiden varierer fra noen måneder til flere år. På grunn av sikkerhetsaspektet er det små muligheter til å tilby rusbehandling i samarbeid med eksterne rusbehandlingssenheter. Dette krever at enheten selv må kunne tilby behandling av begge lidelsene under døgnoppholdet. Enheten har et stabilt helsepersonell og driftes med 12 miljøterapeuter, 15 miljøarbeidere, 2 assistenter, psykiater og psykolog. Studien var en undersøkelse av behandlingskvalitet på systemnivå og vi involverte ikke enhetens pasienter direkte.

Målinger: IDDT (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003) er et intervju- og observasjonsbasert verktøy som er betraktet som en klinisk gullstandard for å måle grad av integrert behandlingskompetanse til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig ruslidelse (Gotham, Brown, Comaty, McGovern & Claus, 2009). Versjonen for rusbehandlingssinstitusjoner (DDCAT) ble lansert i 2004 og senere tilpasset psykiatriske behandlingssenheter (DDCMHT) (Gotham et al., 2010). Disse måler i hvilken grad struktur, rammer, metoder og klinisk kompetanse i en behandlingssenhet reflekterer målrettet og god integrert behandling av pasienter med samtidig rus og psykiske lidelser. De er anbefalt av det offentlige Substance Abuse and Mental Health Services Administration i USA ([www.samsa.gov/co-occurring](http://www.samsa.gov/co-occurring)). Deres nettsted gir en oversikt over forskningslitteratur, mål på "fidelity" og psykometriske egenskaper, samt administrering og bruk av instrumentene.

DDCMHT ble benyttet til å avdekke grad av behandlingskompetanse på integrert behandling i sikkerhetspsykiatrisk enhet (baselinemåling, januar 2010) og endring etter to år med kvalitetsforbedringstiltak. Denne måler 35 ulike behandlingskvaliteter fordelt på 7 kompetanseområder i en behandlingssenhet. Disse er: Behandlingsprogrammets struktur, enhetens miljø, vurdering/kartlegging, behandling, behandlingskontinuitet, fagkompetanse samt opplæring. Datainnsamlingen er basert på gjennomgang av loddtrukne pasientjournaler, enhetens skriftlige retningslinjer og prosedyrer, intervju av helsepersonell, leder og pasienter, samt observasjon i behandlingssenhet. Hvert av de 35 behandlingskvalitetene skåres på en fem-delt skala, hvor høy tallmessig skåre assosieres med best praksis (Gotham et al., 2009).

- Skåre 1: Kun behandling av psykisk lidelse.  
Har primært behandlingskompetanse på psykisk lidelse uten rusproblematikk.
- Skåre 3: Dobbeldiagnose kapable tilbud.  
Har behandlingskompetanse til å behandle personer med psykiske lidelser og ruslidelser på en integrert måte, men kun pasienter med relativt stabile og mindre alvorlige rusproblemer.
- Skåre 5: Utvidet dobbeldiagnose behandlingskompetanse (DDE; Dual Diagnosis Enhanced).  
Har behandlingskompetanse til å gi integrert behandling til personer med ulike grader av psykopatologi med samtidig omfattende rusproblemer.

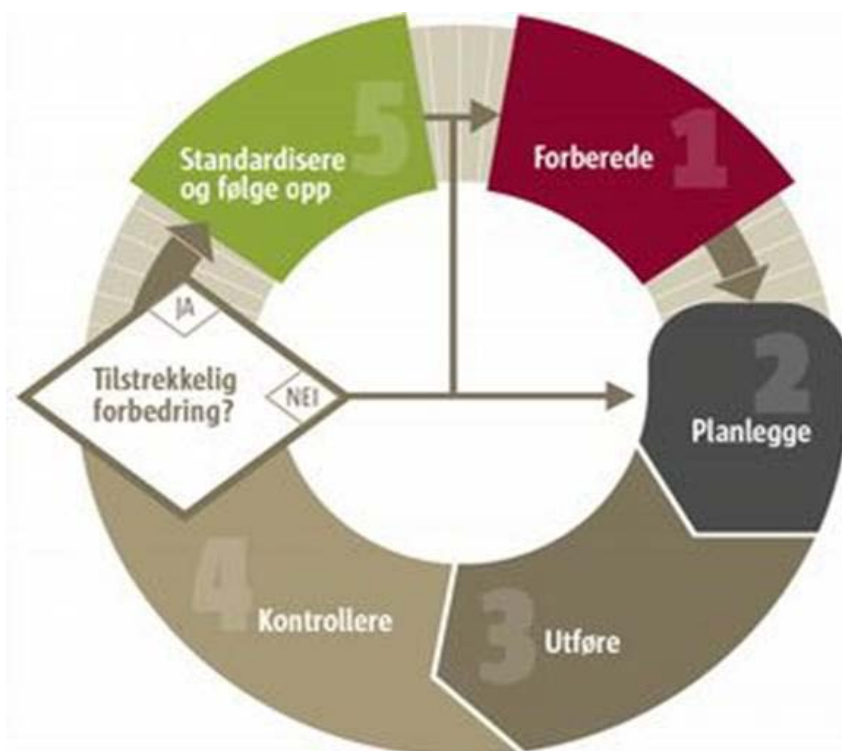
Utviklerne av DDCAT, rapporter om brukbar indre konsistens (Gotham et al., 2010), inter-raterreliabilitet og kappa for måleinstrumentet sammenlignet med gullstandarden IDDT (Gotham et al., 2009). Verktøyet er også funnet sensitiv til å måle virkninger av endring i behandlingsstrategier og rutiner (McGovern, Matzkin & Giard, 2007). Behandlingskvalitetene som måles i DDCMHT baseres i hovedsak på skriftlig dokumentasjon av rutiner og i tilfeldige utvalgte pasientjournaler og bidrar til økt validitet. Validiteten er også sikret ved at

verktøyene bygger på offentlige behandlingsanbefalinger for god klinisk praksis. Det vurderes derimot som en svakhet at det ikke finnes noen differensiert vektning av de 35 ulike kompetansevariablene for deres ulike betydning for behandlingsutfallet (McGovern et al., 2007).

Kartleggingsverktøyet har ikke tidligere vært benyttet eller validert for norske forhold. Rusprosjektet ved Sykehuset Telemark oversatte og tilpasset instrumentet til norsk. En kan derfor ikke utelukke at systemforskjeller mellom USA og Norge kan redusere verktøyets validitet i en norsk kontekst. Målinger om sertifiseringer, lisenser og finansiering i behandlingsenhetene ble fjernet da disse ikke er relevant for norsk helsevesen. For å bedre verktøyets reliabilitet fjernet vi i tillegg variabler knyttet til medikamentell avhengighetsbehandling. Målingene ble utført av to uavhengige og eksterne skårere (utenfor enheten). Forskjeller i skårer ble avgjort ved konsensus-skårer. De tilfeldige pasientjournalene som ble gjennomgått for skåring av DDCMHT ble anonymisert.

Prosedyre: Helsepersonell ved behandlingsenheten ble gitt opplæring i teoretisk og praktisk-metodisk kunnskap om integrerte behandlingstiltak gjennom ordinær undervisning, oppfølging og veiledning i klinisk arbeid. Det ble også gitt metodekunnskap om kvalitets- og implementeringstiltak. Type og mengde bistand ble gitt i henhold til enhetens ønske og behov. Endringer i integrert behandlingskompetanse (før og etter tiltak) belyses ved å se på intervensjoner som er foretatt i enheten mellom målingene knyttet til "Plan, Do, Check, Akt-hjulet", en stadiabasert endringsmodell videreutviklet til fem faser (figur 1) av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008).

Figur 1. En stadiebasert modell for implementering i helsetjenesten (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2008).



Kunnskapsoverføring har liten styrke dersom det ikke synliggjøres og forankres i holdninger, rutiner og metoder (Marty, Rapp, McHugo & Whitley, 2008). Forberedelsesfasen anses derfor



som fundamentet for endringsprosessen der behovet for endring må erkjennes, kunnskapsgrunnlag og verdier klargjøres, samt synliggjøring av eventuelle barrierer som må overvinnes (Sosial og helsedirektoratet, IS-1502/ 2007).

I planleggingsfasen ble diskrepansen mellom nåværende og best praksis grundig gjennomgått sammen med helsepersonell, med utgangspunkt i premålingen. Dette utgjorde en plattform for mål og metode fastsetting. En oversikt over tiltak gitt i utføringsfasen er vist i tabell 1. Basert på muntlig rapport og deltakende observasjon av eksterne skårere, ble det undersøkt om oppnådde endringer var forbedringer og om de var adekvate i henhold til oppsatte mål. Identifiserte praksisavvik ble søkt opprettet ved å gå tilbake til planleggingsfasen å endre rutiner og prosedyrer for praksis. Videreføring av ønsket praksis ble sikret via standardisering av prosedyrer for aktivitetene i egne flytskjema (skjematiske oppteigninger av rutiner).

Tabell 1. Oversikt over implementeringstiltak i utføringsfasen.

Tilbud om opplæring og bistand til sikkerhetspsykiatrisk enhet i perioden			
Type kurs	Tema	Varighet	Antall kurs
<b>Klinikkovergripende</b> Teoretisk/praktisk opplæring	Motiverende intervju	3 dager	3
Seminar	Ruslidelse og Attention Deficit Hyperactivity Disorder	1 dag	1
	Rusutløste psykoser		1
Kurs	Kognitiv terapi for ruspasienter	1 ½ dag	1
Sertifiseringskurs	EuropASI- Addiction Severity Index	3 dager	1
Opplæring	Oppstartsseminar kvalitetsforbedringsmetodikk		1
Opplæring/erfaringsutveksling	Spredningsseminar	1 dag	
<b>I Sikkerhetsenheten</b> Teoretisk undervisning	Perspektiv på rus og avhengighet	1-2 timer	5
	Rusens psykologi/biologi	1-2 timer	5
	Evidensbasert rusbehandling	1-2 timer	5
	Fakta om rusmidler - virkning, tegn og symptomer	1-2 timer	5
	Vurderingsprosessen - russcreening og kartlegging	1-2 timer	5
	Forståelse av rus og samtidig psykisk lidelse	1-2 timer	5
	Motivasjon og stadiabasert behandling	1-2 timer	5
	Prinsipper i integrert behandling	1-2 timer	5
Teoretisk/praktisk opplæring	Motiverende intervju	1 dag	1
Implementeringsseminar	Bruk av verktøy, metodikk og nye rutinebeskrivelser	1 dag	1
Praktisk opplæring/veiledning	Bistand og opplæring i klinisk arbeid	9 mnd	20 % st
Veiledning og oppfølging	Opplæring og bistand i kvalitetsforbedringsarbeid	9 mnd	20 % st

## Resultater

Enheden ble vurdert til å ha ett mandat tilsvarende DDCMHT-kompetanse på nivå 4, det vil si 75 % av maks behandlingskompetansenivå på dobbeldiagnoser (1-5 skala der skåre 1=0 %, 5=100 %). Det ble målt en økning i den totale integrerte behandlingskompetansen fra 42.5 til 72.5 % i tårsperioden, nært opp til enhetens mandat. Baselinemålingen viste at områdene opplæring, behandling og fagpersonell hadde størst forbedringspotensialet. Størst endring hadde enheten på området opplæring, med en kompetanseøkning fra 12.5-100 % i perioden. Kompetanseområdene behandling og fagpersonell viste minst forbedring med en endring på henholdsvis 23.5 og 25 %, som utgjorde omtrent 55 % av full måloppnåelse for begge områdene etter to år.

For de 10 målepunktene der de tre første fasene i implementeringsmetodikken ble gjennomført, var det en økning i ROP behandlingskompetanse fra 27.5 til 65 % (51.7 % forbedring). For de totalt seks variablene der alle fem fasene i metodikken ble gjennomført oppnådde enheten en endring i integrert behandlingskompetanse fra 35 % ved baseline til topp skåre med 100 %, dvs. full DDE kompetanse etter to år.

Utfallet av implementeringsarbeidet ved avdeling er vist i tabell 2.

Tabell 2. DDCMHT måling før (T-1) og etter implementering (T-2).

<b>DDCMHT-resultat for sikkerhetspsykiatrisk avdeling STHF</b>	<b>T-1</b>	<b>T-2</b>
<b>Totalskår</b>	<b>2.7</b>	<b>3.9</b>
<b>Programmets struktur</b>	<b>3.5</b>	<b>4.0</b>
Hovedfokus og definert mandat for enheten	4.0	4.0
Koordinasjon og samarbeid med rusbehandling	3.0	4.0
<b>Program</b>	<b>3.0</b>	<b>4.5</b>
Rutiner for hvordan ROP-pasienter ønskes velkommen	5.0	5.0
Distribusjon av litteratur	1.0	4.0
<b>Klinisk prosess: Kartlegging/utredning</b>	<b>3.0</b>	<b>4.5</b>
Rutinemessig bruk av metoder for screening av ruslidelse	3.0	5.0
Rutinemessig kartlegging ved positiv ruscreening	2.0	5.0
Psykiske lidelser og ruslidelser diagnostisert og dokumentert	4.0	5.0
Innhente historikk på ruslidelse og psykisk lidelse	3.0	-
Programmet utreder/behandler personer med destruktiv atferd	5.0	5.0
Matching basert på kartlegging av funksjonsnivå	3.0	4.0
Stadiebasert vurdering	1.0	3.0
<b>Klinisk prosess: Behandling</b>	<b>2.1</b>	<b>3.1</b>
Behandlingsplan	3.0	5.0
Vurdering og overvåkning av lidelsene og samspillet mellom dem	3.0	4.0
Prosedyrer for rusa pasienter og /eller tilbakefall	2.0	2.0
Stadiebasert behandling	1.0	3.0
Grad av spesialisert rusbehandling	2.0	3.0
Pstkoedukasjon i sammenheng mellom rus og psykiske lidelser	3.0	4.0
Familieopplæring og støtte	2.0	3.0
Intervensjon for å knytte kontakt med selvhjelpsgrupper	1.0	1.0
Likemannsarbeid	2.0	
<b>Behandlingskontinuitet</b>	<b>3.3</b>	<b>4.7</b>
Samsykkelighet beskrevet og tatt hensyn til i utskrivningsprosessen	4.0	5.0
Kapasitet til å opprettholde kontinuitet i behandlingen	5.0	5.0
Fokus på bedring (recovery) av begge lidelsene	3.0	4.0
Tilrettelegging for bruk av selvhjelpsgrupper i etterkant av behandling	-	-
<b>Fagpersonell</b>	<b>2.2</b>	<b>3.3</b>
Psykiater/lege med ruskompetanse	4.0	4.0
Personell med utdanning/kompetanse i avhengighet	2.0	2.0
Veiledning av personell uten tilstrekkelig ruskompetanse	1.0	3.0
System for evaluering/kvalitetssikring av behandlingen	2.0	4.0
Likemann/brukeransatt tilgjengelig	-	-
<b>Opplæring</b>	<b>1.5</b>	<b>5.0</b>
Personal med grunnleggende opplæring i ruslidelse	2.0	5.0
Personal med DD-opplæring (ROP)	1.0	5.0
<b>Snittskår på kompetanseområder</b>	<b>2.8</b>	<b>4.1</b>

Interrater-reliabilitet ble målt etter kartlegginger i 9 ulike enheter og viste seg god for alle dimensjonene (ICC = 0.78 – 0.94 > 0.01).

De eksterne skårene vurderte at skåringen av *innhenting av historikk på psykisk lidelse og ruslidelse*, ikke var reliabel (basert på indirekte journaltilgang) og utelot å skåre dette målepunktet på T-2. Intervensjon i forhold til *selvhjelpsgrupper og likemannsarbeid* ble endret med bakgrunn i de komplekse kombinasjoner av alvorlig psykisk lidelse, rus og vold hos pasientpopulasjon i sikkerhetsenheten.

## Diskusjon

Hovedfunnene i studien er at DDCMHT var et egnet måleinstrument til å identifisere kliniske ROP forbedringsområder på organisasjonsnivå og måle kapasitet for integrerte tjenester i en psykiatrisk sikkerhetsenhet. Vi fant at et omfattende implementerings- og treningsprogram for ansatte var assosiert med øket totalskåre fra 2.7 til 3.9 på en 1-5 skala. Enheten endret seg fra å være et svakt dobbeldiagnose kapabelt tilbud ved baseline, til å grense opp mot et utvidet dobbeldiagnose behandlingskompetent nivå etter intervensjonen.

I likhet med Matthews, Kelly & Deane (2011) sine funn oppgav enhetsledelsen at DDCMHT målingene var ett nyttig styringsverktøy for prioritering av forbedringstiltak. Den gav større bevissthet om ulike typer klinisk rusfaglig kompetanse og om vurderingsprosessens betydning, skriftlig dokumentasjon og prosedyrer, samt gjorde dem mer reflektert over egne holdninger og mandat knyttet til ruslidelser. Dette vurderes som sentralt for implementering av integrert behandling og varige endring i klinisk praksis (Sosial og helsedirektoratet, IS-1502/2007).

Sikkerhetsenheten i vår studie nådde ikke helt målet om 75 % av full integrert ROP eller DDE kompetanse. Grunner til dette kan være 1) at pasientene i vår studie var langtidspasienter på en sikkerhetspsykiatrisk avdeling hvor det er spesielle utfordringer knyttet til å endre et etablert og pågående behandlingstilbud og innholdet i dette sammenlignet med avdelinger (se McGovern et al., 2010) som gir mer kortvarige polikliniske behandlingstilbud, 2) at noen komponenter i behandlingsområdet (selvhjelp/likemannsarbeid) og målingene av disse ikke passet med vår pasientgruppe, 3) at våre opplæringstiltak i ROP behandling ikke var detaljert og konkrete nok til å føre til tilstrekkelig endringer, 4) at vi ikke hadde stort nok fokus på pasientbasert og individuell veiledning (coaching) med bakgrunn i at enheten har overvekt av helsepersonell med moderat helseutdanningsnivå, 5) at troskapen til implementeringsmetodikken ikke var tilstrekkelig.

En metodesvakhet er at måleinstrumentet DDCMHT er utilstrekkelig validert og ikke utprøvd på norsk tidligere. Også enkelte avvik i gjennomføringen fra originalverktøyet, som indirekte journaltilgang og utelatelse av pasientintervjuer, kan ha redusert både validiteten og reliabiliteten av resultatet på enkelte målepunkter. Dette bidro til at en i liten grad kunne vurdere om endring i behandlingskompetanse førte til merkbare endringer i behandlingspraksis overfor pasientene. Tilpassninger til norsk kontekst eller mangel av sådanne, gjør også at instrumentet og resultatene ikke direkte kan sammenlignes med andre studier.

Det er i tillegg mulig at målte forbedringer i ROP kompetanse også kan knyttes til den generelle oppmerksomheten på temaet og ikke bare være et direkte resultat av de opplæringstiltakene som ble iverksatt. Kun er randomisert kontrollert studie kan gi svar på dette.

Det er gjennomført flere studier som har målt effekten av kompetansehevende ROP tiltak på ulike psykiatriske enheter (Torrey, Tepper & Greenwold, 2011) og generelt har disse studiene

målt signifikant bedring på de fleste kompetanseområdene. En Nord-Amerikansk studie av McGovern et al. (2010) gjennomførte 18 måneders opplæringstiltak med før- og ettermålinger ved 86 behandlingssenheter i seks stater. De fant generelt at tiltakene var assosiert med signifikant bedring av ROP kompetanse nivå (jfr. nivå 1 til 5) og at manglende bedring på visse kompetanseområder var knyttet til manglende opplæringstiltak på samme områder. Sikkerhetsenheten i vår studie oppnådde derimot en generelt større kompetanseendring enn det de fant i denne studien. McGovern et al., 2010 fant lite endring i kompetanseområde *fagpersonell*. Dette var også tilfelle i vår studie. Ansatte med lavt utdanningsnivå og lite turnover av helsepersonell, krever målrettede kompetanseutviklingsplaner i et langsiktig perspektiv, i tillegg til selektiv plan for nyrekruttering.

Alle de målepunktene som gjennomgikk samtlige faser i kvalitetsforbedringsmetodikken oppnådde nivået for utvidet dobbeldiagnose behandlingskompetanse. Dette indiker at troskap (fidelity) til implementeringsmetodikken samtlige 5 faser kan være en suksessfaktor for implementeringen. Det kan derimot ikke utelukkes at det er ett vist skille mellom kvantitative og kvalitative endringspunkter når det gjelder hvor mange faser av implementeringsmetodikken som var benyttet. Mulig at tidsintervallet i studien ikke var tilstrekkelig for å kunne vurdere resultatet av metodikken fullt ut.

Tilføring av teoretisk kunnskap gir ikke automatisk endring i klinisk praksis. Dersom det ikke lages rutiner og prosedyrer for å sikre at ny kunnskap og metodikk anvendes etter intensjonen, vil opplæringstiltak ha liten betydning for varig kvalitetsforbedringer og endret praksis (Marty et al., 2008).

## Konklusjon

Det er relativt lite forskning på behandlingskompetanse og effekten av implementeringstiltak innen psykisk helsevern. Denne studien har vist at det er mulig å identifisere grad av integrert behandlingskompetanse overfor pasienter med alvorlige psykiske lidelser og samtidige rusmiddelproblemer, samt å måle endringer i slik kompetanse ved bruk av strukturerte måleverktøy. Studien indikerer også at troskap til alle faser i implementeringsmetoden har betydning for grad av måloppnåelse. Det er videre stort behov for praktiske og konkrete kunnskapsbaserte behandlingsprogrammer som kan benyttes i opplærings- og implementeringstiltak.

## Litteratur

- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., et al. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48–70.
- Drake, R. E., O'Neal, E. L. & Wallach, M. A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123–138.
- Gotham, H.J., Brown, J.L., Comaty, J.E., McGovern, M. & Claus, R.E. (2009). *The dual diagnosis capability in mental health treatment (DDCMHT) index*. Presentert på Addiction health Services Research Conference.

- Gotham, H.J., Claus, R.E., Selig, K. & Homer, A.L. (2010). Increasing program capability to provide treatment for co-occurring substance use and mental disorders: Organizational characteristics. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 160-169.
- Gråwe, R.W. & Ruud, T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Helse, STF78 A06003.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Helsedirektoratet. IS-1948.
- Marty, D., Rapp, C.A., McHugo, G.J. & Whitley, R. (2008). *Factors Influencing consumer monitoring in implementation of evidence-based practices: Results from the National EBP Implementation Project*. Administration and Policy in Mental Health, 35, 204-211.
- Matthews, H., Kelly, P.J. & Deane, F.P. (2011). *The Dual Diagnosis Capability of Residential Addiction Treatment centers I priorities and confidence to improve capability following review process*: Illawarra institute of Mental Health, Institute of Wollongong, Wollongong, Australia. Drug Alcohol rev., mars 30; (2): 195/9.
- McGovern, M. P. (2007, October). *Services research on co-occurring disorders: Applications of the Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) index*. Presentation at the Addictions Health Services Research Annual Meeting, Athens, GA.
- McGovern, M.P., Matzkin, A.L. & Giard, J. (2007). Assessing the Dual Diagnosis Capability of Addiction Treatment Services: The Dual Diagnosis Capability in Addiction Treatment (DDCAT) Index. *Journal of Dual Diagnosis*, Vol 3 (2).
- McGovern, M.P., Lambert-Harris C., McHugo G.J., Giard, J. & Mangrum L. (2010). Improving the Dual Diagnosis Capability of Addiction and Mental Health Treatment Services: Implementation Factors Associated With Program Level Changes. *Journal of Dual Diagnosis*, 6, 237-250.
- McHugo, G.J., Drake, R.E., Whitley, R., Bond, G.R., Campbell, K., Rapp, C.A., et al., (2007). Fidelity outcomes in the National Implementing Evidence- Based Practices Project. *Psychiatric Services*, 58, 1279-1284.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: a Guide to Effective Practice*. The Guilford Press. A Division of Guilford Publications, Inc.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008). *... og bedre skal det bli ved å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Metode for kvalitetsforbedring beskriver en systematisk metode for å forbedre kvaliteten i sosial- og helsetjenestene*. Seksjon for kvalitetsutvikling – GRUK.
- NOU (2010:3). *Drap i Norge i perioden 2004-2009*, Helse-og omsorgsdepartementet.
- Shojania, K. G., & Grimshaw, J. M. (2005). Evidence-based quality improvement: The state of the science. *Health Affairs*, 24, 138–150.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2007). *Hvordan komme fra visjon til handling? ...og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*, Sosial- og helsedirektoratet, IS-1502.
- Torrey, W. C., Tepper, M. & Greenwold, J. (2011). Implementing integrated services for adults with co-occurring substance use disorders and psychiatric illnesses: A research review. *Journal of Dual Diagnosis*, 7, 39, 150-161.

# Bedre samhandling – er løsningen nye arenaer?

## Gunnar Vold Hansen og Helge Ramsdal

*Gunnar Vold Hansen, førsteamanuensis Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag  
Helge Ramsdal, professor, Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag*

### Abstract

*This article discusses the challenges facing service provision for people with simultaneous addiction and severe mental health problems (ROP-patients). Based on a mid-term evaluation of a project intended to improve collaboration and coordination of services for the patient group we discuss different approaches to analyse service organisations from an organisation theoretical perspective. One of the findings is that it will give new insights if approaching these challenges as “wicked problems”. Here we find that a non-linear approach, organised as an interaction between patients’ and professionals’ experience, data gathering and organisation analysis will offer a more comprehensive understanding on how to improve services than a linear, rational decision process.*

### Key words

*ROP-pasienter, samhandling, organisering, «wicked problems».*

### Referee\*

### Innledning

En av de største utfordringer for samhandling i helse- og sosialsektoren er personer med såkalte ROP-lidelser - det vil si både alvorlige psykiske lidelser og omfattende rusproblem. (ROP = rus og psykiatri) (Helsedirektoratet 2012, WHO 2010). Tjenester til pasientgruppen tilbys både av spesialisttjenestene i rus og psykiatri, og en rekke kommunale tjenester i tillegg til NAV og fastlegene. Pasientgruppen har lenge vært ansett som en av de mest utfordrende i helse- og sosialtjenestene. Dette skyldes blant annet at kunnskapsgrunnlaget om årsaker og effektive behandlingsformer for slike lidelser har vært ansett som usikkert og kontroversielt (Hannigan og Coffey 2011). Det har også vært en generell uenighet om hvorvidt ROP-pasienter «hører hjemme» i rus eller psykiatri/psykisk helsearbeid. I mange år har det vært en tendens til å spille svarte-per med disse pasientene mellom de to søylene i behandlingssystemet. En rekke helsepolitiske utredninger har pekt på behovet for bedre samordning og samarbeid mellom ulike instanser for å bedre tilbudet. Det har vært gjort et stort arbeid med å utvikle kompetanse og retningslinjer for pasientbehandlingen som tar

betydningen av samhandling på tvers av fag og tjenesteenheter som utgangspunkt (St.m. nr 25 1976 – 77, St.m. nr 47 2009 – 2010, IS-1948).

Selv om det i årevis har vært enighet om at det er et behov for samarbeid rundt denne målgruppen, så har det i liten grad vært enighet om hvordan man skal organisere dette samarbeidet. I denne artikkelen ser vi derfor nærmere på arbeidet med å utvikle og implementere en modell for forpliktende samarbeid på Romerike – "Romeriksprosjektet". Vi konkluderer med at både utvikling av modellen og implementering av den har vært positiv, og at det derfor er behov for å være bevisst på de mulighetene som ligger i en lokal utvikling av gode samarbeidsmodeller.

## Bakgrunn

Allerede på 1960-tallet startet man i flere land arbeidet med deinstitusjonalisering innen psykiatrien (Nelson 2010). Det innebar at man også måtte utvikle former for ambulante og hjemmebaserte tjenester. Historisk har det vi i dag betegner som ROP-pasienter blitt behandlet både av spesialisttjenesten og i kommunale helse- og sosialtjenester. I spesialisttjenestene var det inntil sykehusreformen i 2002 et klart skille mellom rus- og psykiatritjenester. I kommunene var det et tilsvarende skille mellom sosialtjenester og rustjenester. Dette innebar at pasientgruppen ofte falt mellom stolene, eller ble kasteballer mellom rus og psykiatri. For ROP-pasienter var det tydelig at vanlige hjemmebaserte tjenester som man kjente fra eldreomsorgen ikke var tilfredsstillende. Etter hvert ble en opptatt av å etablere ulike tiltak og tjenester som også innbefattet denne pasientgruppen, bl.a. krav om individuelle planer (IP) og etablering av ansvarsgrupper (ansvarsgrupper er en felles møteplass for de tjenesteyterne som samarbeider om å yte de tjenestene som er beskrevet i IP'en, de møtes vanligvis 2 -4 ganger i året (Hansen 2007)). Brukerne hadde behov for helhetlige tjenester som var satt sammen av flere ulike tilbud. Slike tjenester ble etter hvert organisert etter to hovedmodeller. Den ene modellen, som gjerne ble betegnet som "case-management", gikk ut på å lage arenaer der personer fra ulike tjenester (psykisk helsearbeid, sosialtjeneste, rustjeneste, a-etat etc) kunne samarbeide om å gi et helhetlig og samordnet tjenestetilbud (Onyett 1997). Hvem som skulle delta i samarbeidet ble tilpasset behovene til hver enkelt bruker. Case-management kan derfor beskrives som en form for matriseorganisasjoner der man henter deltakere fra ulike driftsorganisasjoner både på kommune- og spesialistnivå og at disse samarbeider om et tjenestetilbud rundt pasienten, slik vi blant annet finner i ansvarsgrupper.

En alternativ modell var ACT-team (Stein & Santos 1998). Dette er faste team som settes sammen av personer med ulik kompetanse – i prinsippet den samme kompetansen som case-management. Disse personene hentes ikke fra ulike faste driftsorganisasjoner, men er rekruttert inn i teamet på heltid. En viktig egenskap ved ACT-teamene er det interne samarbeidet. Utfordringer som oppstår, forventes å bli løst ved at team-medlemmene i fellesskap finner frem til en løsning. Samarbeid skal på denne måten bidra til å utvikle kompetansen både hos hvert enkelt team-medlem og for teamet som helhet. ACT - teamet skal dessuten ha faste samarbeidsmøter vesentlig oftere enn andre team, gjerne hver dag (Aakerholt, 2013).

Utviklingen med ulike modeller bygget på forskjellige prinsipper har etter hvert reist spørsmålet om hvilken modell som er best. Cochrane gjennomgikk allerede i 1998 (Marshall & Lokwood, 1998, Marshall & al 1998) tilgjengelig forskning knyttet til ACT og

sammenlignet denne modellen med andre tilbud, blant annet case-management. Disse oppsummeringene konkluderte med at ACT bidro til reduserte ”drop-outs” fra behandlingen, og en fant en reduksjon i antall sykehusinnleggelse og liggedøgn pr. innleggelse. Man fant også at boligsituasjonen, andel i arbeid og pasienttilfredshet var bedre hos ACT-pasientene enn blant dem som mottok ordinære lokalbaserte tjenester. Cochrane fant ikke noen klar dokumentasjon på at livskvaliteten med ACT var bedre enn for andre tjenestetilbud. Dette kan skyldes at det er vanskelig å finne gode måleinstrumenter i en randomisert undersøkelse for slike kvalitative egenskaper. Andre og mer kvalitative undersøkelser finner at det er en klar sammenheng mellom det tjenestetilbudet som ACT-teamene yter og pasientenes livskvalitet (Leiphart & Barnes 2005, Krupa & al 2005, Killaspy & al 2006). Krupa & al (2005) viser at pasientene selv vurderer ACT modellen svært positivt. Det sentrale elementet i ACT er åpenbart relasjonene – pasientene opplever at de blir tatt vare på. ACT er en modell som ut fra pasientens syn hjelper dem til selv å møte en del av dagliglivets problemer og til å bli inkludert og akseptert i lokalsamfunnet. Lang & al (1999) konkluderer med at ACT ga best uttelling i forhold til bedret livskvalitet etter 3 år. Leiphart & Barnes (2005) trekker frem at pasientene opplever at de i større grad selv styrer tjenestetilbudet og at dette prioriteres mer i tråd med pasientenes ønsker enn andre tjenestetilbud de har mottatt. Bildet er riktignok ikke helt rosenrødt. Chinnan (1999) registrerer at den tette oppfølgingen fra ACT-teamene medfører at en del pasienter klager over at de opplever dette som en form for paternalisme.

Etter hvert har dette grunnlaget for å anbefale ACT-modellen blitt møtt med flere motforestillinger. Noen år etter publiseringen ble Cochrans materiale reanalyisert, samt at en inkluderte en del nye studier (Burns/Catty/Wright 2006). Her pekes det på flere problemstillinger knyttet til Cochrans studie. Det største problemet som det pekes på er det skarpe skillet mellom ACT og case-management. Som de sier: “Defining treatment teams is not an exact science” (s 34). Dette blir ikke enklere av at Olliver & al (2005) viser at det en del tilfeller er språk mellom den ACT-modellen de ulike teamene sier de følger og måten arbeidet faktisk utføres på. Burns & al (2002) viser også at det åpenbart er forskjeller mellom amerikansk og europeisk praksis. Forskjellene mellom effektivitet (definert som redusert liggetid) mellom amerikanske ACT-team og europeiske case-management-modeller kan derfor også forklares med generelle forskjeller mellom amerikansk og europeisk helsevesen. Data tyder etter hvert på at forskjellene mellom ACT-team og case-management-team er blitt mindre. Killaspy & al (2006) fant i sin randomiserte undersøkelse fra London ikke forskjell mellom ACT-team og ordinære lokalbaserte team på indikatorer som reinnleggelse på sykehus. Derimot fant de større grad av pasienttilfredshet og engasjement blant de som mottar tjenester fra ACT-teamene. Burns (2010) konkluderer sin gjennomgang av en rekke undersøkelser med at det ikke lenger er en dokumentasjon på at ACT-team er mer effektive enn andre team.

Vi er noe skeptiske til denne forestillingen om at det finnes en modell som er bedre enn andre. Selv om en modell i prinsippet overføres identisk fra en sammenheng til en annen, så er ofte suksess betinget av at modellen blir tilpasset den nye konteksten modellen settes inn i (Røvik 1998). Spørsmålet om hva som er best av de ulike modellene er derfor delvis erstattet av spørsmålet om hva som er suksessfaktorene ved ACT-teamene og hvordan man kan implementere disse faktorene også i andre sammenhenger. Burns (2010) mener at suksessfaktorene til ACT-team er knyttet blant annet til at teamene møtes ofte, de gir ambulante tjenester, de yter helhetlige tjenester, de er tverrfaglige og de har færre brukere å forholde seg til enn andre team. Dette hevder han er prinsipper som nå er tatt i bruk av andre team og det forklarer at man ikke lenger finner noen dokumentasjon på at ACT-team er bedre enn andre.



I prinsippet er det to hovedstrategier å velge mellom når man skal bestemme seg for hvordan tjenestene skal organiseres (Mintzberg 1994). Den ene er å lete blant eksisterende modeller og se om det er noen som kan benyttes her. Den andre er å ta utgangspunkt i hva man ønsker å oppnå med tjenestene og så sette sammen elementer som man har grunn til å tro ivaretar målsettingene i en egenutviklet modell. Prosjektet denne artikkelen tar utgangspunkt i bygger på en ambisjon om at man selv skal kunne utvikle en egen modell.

Utformingen av en samhandlingsmodell for å yte tjenester til ROP-brukere, må ta hensyn til at en grunnleggende utfordringen i tjenesteyting overfor ROP-pasienter er *kompleksiteten* i de lidelser og utfordringer pasientene møter i dagliglivet. De utfordringene en står overfor betegnes ofte som «wicked problems» (Rittel & Webber 1973). Dette er problemer der kunnskapsgrunnlaget er ufullstendig eller motstridende og der de ulike delproblemene er sammenvevd med andre delproblemer. Også mål og suksesskriterier er vanskelige å definere. Det er en rekke kjennetegn på ”wicked problems”. Her skal vi fokusere på at løsninger på ”wicked problems” er ikke «riktige» eller «uriktige» i betydningen at man har løst problemet eller ikke. Snarere vil en kunne beskrive løsninger som bedre eller dårligere ved at problemet fremstår som økt eller redusert (Einstein 2007). Einstein (2007) kobler dette nettopp til ROP-lidelser. Han peker på at man her har et ufullstendig og diskutabelt kunnskapsgrunnlag, brukerne har en rekke delproblemer som griper inn i hverandre. Tiltakene som ytes fjerner sjelden utfordringene helt, men gjør situasjonen bedre eller dårligere for brukerne. Tjenestetilbudet må derfor tilpasses svingninger i brukerens situasjon (Norcross & Wampold 2011).

Hver enkelt bruker i denne målgruppen vil ha en unik kombinasjon av ulike lidelser, mål, utfordringer og ressurser. Med utgangspunkt i Rittel og Webber betyr det at beslutninger om hvilket tjenestetilbud som passer best til pasientens utfordringer bør være en unik og individuell prosess i hvert eneste tilfelle. Slike beslutningsprosesser vil i praksis være skrittvis eller sirkulære – såkalte inkrementelle beslutningsprosesser. Det innebærer at man velger ulike tiltak som man prøver ut og at man på bakgrunn av erfaringene med disse tiltakene lærer noe om hva fungerer og hva som ikke fungerer (March 1994). Erfaringene danner så grunnlag for nye tiltak som igjen skaper nye erfaringer som man på nytt kan lære av. En av utfordringene med den aktuelle brukergruppen er at både målsettinger, motivasjon, sykdomsforløp og behov endrer seg fort (IS-1948). Et av hovedmålene med Romeriksprosjektet var derfor at man skulle utvikle en ny samarbeidsmodell tilpasset denne målgruppen.

Vår antakelse var at en slik prosess måtte være inkrementell å bygge på at man her har å gjøre med ”wicked problems”. (For ordens skyld understreker vi at ”wicked problems” beskriver utgangspunktet for en beslutningsprosess, ikke noe mer. Man må derfor ikke oppfatte dette som en betegnelse på brukergruppen). Problemstillingen i denne artikkelen er derfor om man kan utvikle hensiktsmessige samhandlingsmodeller gjennom inkrementelle beslutningsprosesser.

## Romeriksprosjektet

I 2009 utlyste Helsedirektoratet midler til utprøving av henholdsvis ACT-team og «modeller for organisatorisk forpliktende samhandling». Slike lokale modeller sto man relativt fritt til å prøve ut tilpasset lokale forutsetninger. En grunn for at disse modellene skulle utvikles var at kravene til kompetansesammensetning og nærhet til pasientene som ACT-modellen innebar ikke kunne implementeres i alle deler av landet. Prosjektene skulle ha en varighet på 3-5 år.

Representanter fra Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og aktuelle kommuner var høsten 2008 samlet til en idédugnad om mulige tiltak og samarbeidsmodeller. Til å arbeide med utformingen av prosjektet ble det etablert en arbeidsgruppe med representanter fra sju utvalgte kommuner; Skedsmo, Rælingen, Fet, Gjerdrum, Ullensaker, Eidsvoll og Nannestad, samt Lillestrøm DPS, Jessheim DPS, FoU-avdelingen i Divisjon for psykisk helsevern, Ahus, og representanter fra Mental Helse Akershus og Rusmisbrukernes interesseorganisasjon (RIO). Det ble innledningsvis planlagt å etablere et ACT-team på Nedre Romerike og en forpliktende samhandlingsmodell på Øvre Romerike. Planene ble etter hvert endret til utprøving av en modell for «organisatorisk forpliktende samhandling» både på Øvre og Nedre Romerike. Prosjektet «Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike» («Romeriksprosjektet») har siden oppstarten i april 2010 arbeidet med å iverksette et systematisk og forpliktende samarbeid mellom de syv kommunene, to distriktpsikiatriske sentra (DPS-er) og to ruspoliklinikker innen Divisjon for psykisk helsevern, Akershus universitetssykehus HF. Prosjektet omfatter to delprosjekter for henholdsvis Øvre og Nedre Romerike, men drives som et fellesprosjekt (Akershus HF prosjektbeskrivelse 2009).

Målet for prosjektet er å gi mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusproblemer, kognitiv svikt mv. et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud. (Akershus HF Prosjektbeskrivelse 2009). Det heter i prosjektbeskrivelsen at modellen forutsetter at prosjektet skal styrke samhandling i *de eksisterende driftsorganisasjoner*, og at prosjektet derved er et virkemiddel (blant andre) for å skape varige samhandlingsformer. Dette forutsetter at en gjennom prosjektet vil få ny kunnskap om hvordan modellen kan skape forankring for slike nye samhandlingsformer. En annen tolkning av målene med prosjektet, som er noe mindre ambisiøs men kanskje mer realistisk, er at prosjektet «skal prøve ut samhandlingsmodell(er), og på dette grunnlag – i siste fase i prosjektet – levere et forslag til hvordan modeller for økt samhandling skal utformes på en noe bredere basis enn prosjektet selv, ved å sammenlikne effektene av modellen med andre modeller som vil være evidensbasert slik forskningen frembringer» (Akershus HF Prosjektbeskrivelse 2009:2).

Basis i den samhandlingsmodellen som prosjektet utviklet, var samhandlingsgruppene. Dette var en felles møteplass mellom de ulike aktørene, det vil si ulike kommunale tjenester og spesialisttjenestene representert ved deltakere fra både DPS og ruspoliklinikk. Hvem som skulle representere de ulike aktørene ble for en stor del overlatt til samhandlingsgruppene selv å avgjøre.

## Datasamling

Ved valg av metode er det en rekke forhold som må vurderes. I helsesektoren er det etter hvert blitt et økende press på at gyldig forskning skal dokumenteres gjennom randomiserte kliniske studier (Ramsdal 2009). Forutsetningen for at slike metoder skal kunne benyttes er at

det er mulig å isolere ulike prosesser fra hverandre slik at man kan identifisere en klar sammenheng mellom årsak og virkning. Vår organisasjonsteoretiske bakgrunn gjør at vi er mer opptatt av å se på hvilke konsekvenser de ulike måtene å organisere samarbeidet i psykisk helsearbeid har for beslutningsprosessene om innholdet i tjenestene enn å fokusere ensidig på behandlingsresultater. Evalueringen er basert på et relativt omfattende datamateriale: saksdokumenter, intervjuer og observasjoner på møter i prosjektet. Dokumentene vi har analysert dreier seg om et par tusen sider, vi har foretatt 19 semi-strukturerte intervjuer med deltakere i prosjektet, og vi har hatt anledning til å delta som observatører på prosjektmøter der vi har ønsket det. Foreløpig rapport har vært presentert for styringsgruppen og andre aktører i prosjektet ved flere anledninger, der vi blant annet har testet ut noen av de synspunkter og vurderinger vi har kommet frem til (Ramsdal og Hansen 2012).

Alle intervjuene ble tatt opp med en digital opptaker og overført til en PC med programmet Olympus DSS Player. Det programmet gir oss en rekke muligheter for å navigere oss frem og tilbake i lydfile. Vi analyserte derfor intervjuene direkte fra lydfile, en metode som vi mener gir muligheter for å fange opp mer av samtalene enn det vi bare kan få ut av en transkribert tekst (Hansen 2007). Selv om analysen ble foretatt direkte fra lydfile, så ble den gjennomført ved at vi ved gjennomhøring av intervjuene bearbeidet det vi hørte med meningsfortetning, koding og kategorisering i et tilrettelagt skjema (Miles & Hubermann 1994). Analysen av de dataene vi har benyttet i denne artikkelen tar utgangspunkt i en forenklet modell av det Lemiere & al (2012) kaller «The Relevant Explanation Finder». Denne analysemetoden bygger på at man identifiserer mekanismer, alternative forklaringer og påvirkningsfaktorer. På denne måten finner man frem til hvorvidt de aktuelle resultatene kan forklares med de teoriene man bygget antagelsen på, og om antakelsen om at tiltaket bidro til de konkrete endringene, kan sannsynliggjøres. På bakgrunn av vår problemstilling har vi i analysen vært opptatt av å identifisere inkrementelle beslutningsprosesser og sett hvordan disse har ivaretatt utfordringene knyttet til "wicked problems"

## **Erfaringene med samhandlingsgruppene – datapresentasjon og drøfting**

Analysen av de dataene vi har samlet inn, viste at vi kunne identifisere inkrementelle prosesser på to nivåer. For det første var det tydelig at det å følge opp brukerne i prosjektet krevde at man aksepterte at tilbudene var i konstant endring. Dette er i tråd med de hypoteser vi tok utgangspunkt i – dette kommer vi mer tilbake til etter hvert. Først skal vi se nærmere på en annen type "wicked problem" som deltakerne måtte forholde seg til – innhold og arbeidsform i samhandlingsgruppene.

### **Samhandlingsgruppenes innhold og arbeidsform**

Utgangspunktet for samhandlingsgruppene var en beskrivelse av organisering og arbeidsformer. Deltakerne i samhandlingsgruppene hadde på forhånd likevel et uavklart bilde av hva de skulle gjøre der og hvordan. Et vanlig krav til et team er at det bygger på klare mål og har en klar og tydelig ledelse. Hva som er teamets oppgaver, hva det skal gjøre og hva det skal oppnå må være relativt entydig formulert. Alle deltakerne må ha forståelse og respekt for disse målene. Målene må dessuten følges opp av en leder som både er bevisst på hva teamet skal oppnå og som har evner og autoritet nok til å sørge for at teamet følger opp disse målene (Reeves & al 2010). Tilbakemeldingene fra deltakerne viser at dette nok var en klar utfordring for prosjektet:

*Det var en lang prosess for å finne fram til samhandlingsgruppas rolle.*

*Spørsmålet er hva skal vi gjøre, hva er målet og hva er nytt i forhold til de andre samarbeidsarenaene vi har?*

*Jeg ble pålagt å delta i prosjektet for ingen viste helt hva vi skulle delta der for og hva som var hensikten med å delta i samhandlingsgruppene.*

Noen av deltakerne som hadde deltatt på forhånd i utforming av prosjektet, var mer bevisste på hva de forventet av samhandlingsgruppene enn de som kom inn i prosjektet senere. Likevel er det vår klare oppfatning at målsettingen med prosjektet ikke var tydelig for de fleste deltakerne i samhandlingsgruppene før etter en tid og at gruppene på den måten selv fikk et medansvar for å utforme målsettingene for hver enkelt gruppe. Innholdet i samhandlingsgruppene har dermed blitt et resultat av at samhandlingsgruppene har vært en beslutningsarena hvor deltakerne har bidratt med sine problemstillinger og aktuelle løsningsalternativer (March & Olsen 1976).

Når det gjelder utforming av samhandlingsgruppene fikk hver gruppe selv stor frihet til å velge hvem de ville inkludere i gruppen og hvordan de ville jobbe. Kolko (2012) peker på at en måte å tilnærme seg ”wicked-problems” er en vekselvirkning mellom data, analyse og erfaringer med de tiltakene man prøver ut, slik at beslutningsprosessen blir mer sirkulær enn lineær. I begynnelsen møttes samarbeidsgruppene en gang i uken, og det tok opp mot et år før gruppene fikk satt seg og fant en arbeidsform som fungerte. Gjennom en inkrementell utforming av mål og arbeidsprosesser i samhandlingsgruppene har man kommet frem til en modell som fungerer. Man har akseptert at utforming av en fungerende samhandlingsarena er et ”wicked-problem” som krever at løsninger prøves ut og evalueres underveis til man kommer frem til en akseptabel løsning.

## **Forholdet til ansvarsgrupper**

Det var ikke bare arbeidsordningen innad i samhandlingsgruppen som var uklart for gruppemedlemmene. I utgangspunktet er det gjennom etablering av ansvarsgrupper og utarbeidelse av individuelle planer (IP) en forutsetter at en skal legge grunnlag for et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Det viser seg imidlertid at ordningen med IP og ansvarsgrupper har så langt ikke fungert tilfredsstillende for denne målgruppen (Hansen 2007, Holum 2012). Dette bekreftes av deltakerne som er intervjuet i dette prosjektet.

*Det er mulig at det ikke hadde vært behov for samhandlingsgruppene hvis ansvarsgruppene hadde gjort jobben sin – men IP og ansvarsgrupper har ikke fungert, flere av pasientene hadde ikke ip og ansvarsgruppe da prosjektet startet opp.*

Denne erfaringen er likevel ikke generell, en annen av informantene beskrev situasjonen slik:

*Vi skal ikke være ansvarsgruppe – det er der vi strever litt. Vi blir et ekstra ledd, men ansvarsgruppene fungerer bra for mange pas. Hvorfor skal vi da kontrollere det som fungerer?*

Uansett hvilke erfaringer man har med ansvarsgrupper og IP, så er det klart at samhandlingsgruppene må forholde seg til ansvarsgruppene. En av informantene tydeliggjorde denne problemstillingen med følgende uttalelse:

*Den største utfordringen for prosjektet er at samhandlingsgruppene er kommet i tillegg til – ikke i stedet for noe annet.*

Underveis har samhandlingsgruppene måttet avklare sitt forhold til ansvarsgrupper og forholde seg til allerede eksisterende IP'er. Det var i utgangspunktet uklare føringer på forholdet mellom ansvarsgrupper og samhandlingsgruppene, bortsett fra at prosjektplanen forutsatte at alle brukerne hadde en IP og en ansvarsgruppe. Utfordringene med å avklare forholdet til ansvarsgruppene er løst noe ulikt mellom samhandlingsgruppene. Det er delvis et resultat av at erfaringene med ansvarsgruppene var ulike allerede i utgangspunktet og delvis om at de erfaringene som ble gjort varierte mellom samhandlingsgruppene. Etter hvert ser vi at flere av gruppene har tilpasset seg og fått en tydeligere kobling til ansvarsgruppene. Noen av samhandlingsgruppene har løst dette ved å ta med koordinatorene fra ansvarsgrupper på møter i samhandlingsgruppen. Dette kan gjøres både etter initiativ fra koordinatoren for eksempel for å få løst utfordringer som ikke lar seg løse i ansvarsgruppen, eller det kan gjøres på initiativ fra samhandlingsgruppen, for eksempel for å sikre seg at ansvarsgruppen følger opp slik samhandlingsgruppen ønsker. En annen måte er å sørge for at de som er tjenesteytere for de aktuelle pasientene er medlemmer i samhandlingsgruppen. En av avdelingene i spesialisttjenesten har valgt å fordele pasientene mellom terapeutene på grunnlag av geografisk tilhørighet. Det gir en mulighet for å la medlemmer med behandlingsansvar delta i samhandlingsgruppen. Tilbakemeldingene vi har fått er at det ser ut som om når deltakerne fra spesialisttjenesten er de som selv yter tjenester, så har de større handlingsrom til å finne pragmatiske løsninger i tråd med det samhandlingsgruppen ønsker. Erfaringene er nokså entydige på at det er når de tjenesteyterne som yter tjenestene til brukerne, selv samarbeider at man virkelig får til et konstruktivt samarbeid, slik man ser det i ACT-teamene (Burns 2010). Denne erfaringen er ikke et resultat av at man har adoptert prinsippene fra ACT-team, men det er altså en prosess der medlemmene i samhandlingsgruppene gjennom samarbeid både med hverandre og eksterne aktører prøver ut ulike løsninger slik Kolko (2005) anbefaler å tilnærme seg "wicked problems" på.

### **Samarbeid om helhetlige tjenestetilbud til brukerne**

Den andre utfordringen samhandlingsgruppene hadde, var å utforme helhetlige og individuelt tilpassete tjenestetilbud. Dette er egentlig en oppgave som skal løses ved hjelp av IP og ansvarsgrupper. For den aktuelle målgruppen har dette vist seg å være vanskelig (Hansen 2007, Holum 2012). En av utfordringene med "wicked problems" er at disse krever en tett oppfølging (Einstein 2007). En IP skisserer et fastsatt tjenestetilbud som skal gjelde til planen revideres, gjerne hvert halvår.

Samhandlingsgruppene jobber annerledes. De møtes stort sett hver annen uke og i møtene er den elektroniske tavlen sentral. En elektronisk tavle er et dataverktøy der status for hver av brukerne er ført inn. Her er to representative uttalelser:

*På møtene bruker vi den elektroniske tavlen til å gå gjennom situasjonen for hver enkelt pasient – vi får en statusoppdatering.*

*Nå bruker vi mest tid på å sjekke at de pas som er med i prosjektet får de tjenestene de har rett på. Det er viktig for oss å bruke den elektroniske tavlen.*

Samhandlingsgruppene har blitt en arena der deltakerne møtes jevnlig og kan tilpasse tjenestetilbudet til endringer i brukernes situasjon. Dette gir deltakerne en annen mulighet til å endre tjenestetilbudet i tråd med felles vurderinger enn det man har i ansvarsgrupper som møtes to til fire ganger i året. Samhandlingsgruppene er blitt faste kommunikasjonskanaler som gir grunnlag for et samarbeid om fleksible og tilpassete tjenester (Glouberman & Mintzberg 2001).

En annen interessant observasjon fra arbeidet i samhandlingsgruppene er at deltakerne understreker at det vises stor fleksibilitet i utforming av tiltak. Det er stor grad av pragmatisme når det skal avgjøres hvem som skal gjøre hva. Det er ikke fastlåste og autoritative beslutninger om hva som er riktig tjenestetilbud. Man tilnærmer seg ikke ”wicked-problems” med faste ”programmer” for hva som skal gjøres, men prøver å utvikle et helhetlig tilbud bygget på samarbeid mellom deltakerne (Roberts 2000).

Det er likevel ikke nok at man har etablert arenaer for samarbeid. Samarbeidet må bidra til at tjenestetilbudet utnytter kompetanse og forskjeller i de ulike tjenestene (Reeves 2010). Team settes sammen fordi medlemmene forventes å ha ulik kompetanse og ansvar. Team som er bevisste på hva som er hver enkeltes kompetanse og sterke sider, har bedre muligheter til å utnytte hverandres særpreg enn andre team. Det er tydelig at samhandlingsgruppene har vært viktige arenaer for å klargjøre hverandres roller og bidrag inn i et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. En av de som ble intervjuet oppsummerte dette på følgende måte:

*I utgangspunktet hadde vi to problemstillinger før prosjektet ble satt i gang. Det ene var at vi hadde uklare forventninger til hverandre – vi visste for lite om hverandres oppgaver og arbeidsmåte. I tillegg var det for dårlig informasjonsflyt. Prosjektet har langt på vei løst disse problemene.*

Vi ser også at man etter hvert har fått en god forståelse for at samarbeid også kan gjøre den enkeltes tjenesteyting bedre en annen uttalelse illustrere dette godt:

*Vi i spesialisttjenesten er helt avhengig av de i kommunen. De ser hvordan pasienten fungerer i hverdagen - vi ser dem gjerne ¾ time hver 14. dag. For at vi skal kunne gi et fornuftig tilbud trenger vi den informasjonen som de i kommunen kan i oss om hvordan pasienten fungerer.*

Dette ser vi på som uttrykk for en samarbeidsvilje - og en forståelse av hvor viktig dette er - som Romeriksprosjektet har vært med på å skape. Vi vet at mange av pasientene i den aktuelle målgruppen spiller en annen rolle i møte med spesialisttjenesten enn med hjelperne de møter i hjemmet (Almvik & al 2011). Vi tolker derfor dette som uttrykk for at den arenaen som prosjektet har skapt har bidratt til muligheter for å yte bedre helhetlige tjenester.

Kommunikasjon mellom teammedlemmene er en faktor som påvirker samarbeidet sterkt. Et element som kan være viktig i en kommunikasjonsprosess er status. Lik status gir et godt grunnlag for kommunikasjon, mens ulik status på grunn av faglig lagdeling eller organisatorisk hierarki kan gjøre det vanskeligere å få til en god kommunikasjonsprosess. På samme måte er det med gjensidig respekt og tillit. Har man tillit til det andre gjør og respekt både for deres handlinger og meninger, så gir det et godt grunnlag for samarbeid (Reeves & al 2010).

Samhandlingsgruppene har også hatt innflytelse på dette. To uttalelser illustrerer dette:

*Vi blir bedre kjent med kommunen, bedre kjent med de som jobber der – det blir lettere å ta kontakt og å komme i kontakt med rette personer.*

*Det er positivt å ha et sted og diskutere og få kjennskap til hva andre gjør – internt i kommunen, internt i spesialisttjenestene og mellom nivåene.*

En utfordring når man setter sammen en gruppe som ikke kjenner hverandre godt fra før, er at deltakerne gjerne spiller en rolle i tråd med de forventninger man tror de andre har (Goffmann 1992). I ansvarsgrupper har vi sett en rekke eksempler på at kommunikasjonen blir dårligere fordi deltakerne ikke kjenner hverandre godt nok (Hansen 2007). Dette kan skyldes både at man er redd for å avsløre seg selv og fordi man ikke vet hva andre står for (Goffman, op.cit.). I samhandlingsgruppene møtes deltakerne mye oftere og man blir bedre kjent slik at mulighetene for å få til en god og konstruktiv kommunikasjon der er mye bedre enn i en ansvarsgruppe. De dataene vi har samlet inn tyder på at deltakerne opplever samhandlingsgruppene som gode arenaer for samarbeid.

Vi ser her at samarbeidet om tjenestene til brukerne også utvikler seg gjennom en inkrementell prosess. Riktignok er bruken av elektronisk tavle "stjålet" fra ACT-team. Det er likevel samhandlingsgruppene selv som på bakgrunn av sine egne erfaringer kommer frem til at det er best at de som yter tjenestene er representert i samhandlingsgruppene. Utviklingen har også vist at tjenesteyterne må møtes jevnlig, de må utveksle erfaringer og de må ta et felles ansvar for et helhetlig tilbud. Dette er prinsipper som også er dokumentert gjennom forskning (Burns 2010, Reeves & al 2010). Likevel er dette konklusjoner som samhandlingsgruppene kommer frem til gjennom erfaring – ikke ved å adoptere eksisterende modeller. Interessant er det også å legge merke til at samhandlingsgruppene reduserer møtehyppigheten fra hver uke til hver annen uke. Man kommer altså gjennom erfaringer frem til at det ikke er nødvendig med daglige samarbeidsmøter slik det anbefales for ACT-team (Stein & Santos 1998). Gjennom en inkrementell prosess kommer man altså frem til en modell som er vesentlig mer kostnadseffektiv enn ACT-team.

## **Oppsummering**

Utgangspunkt for dette prosjektet var å finne frem til en samhandlingsmodell som var mer effektive enn ansvarsgrupper og mindre ressurskrevende enn ACT-team. Prosessen for å komme frem til en slik modell forankret de i en inkrementell prosess der modellen ble utviklet ved å tilpasse den de erfaringer man gjorde underveis – man løste utfordringene i tråd med de anbefalinger som gis for "wicked-problems" (Rittel & Webber, 1973, Einstein 2007). Det er også interessant at man på denne måten kommer frem til en modell som for en stor del ivaretar de prinsippene som Burns (2010) mener danner grunnlag for suksessen med ACT-team.

Et av utviklingstrekkene vi nå ser i helse- og sosialsektoren er at tiltak som iverksettes skal være forankret i evidensbasert dokumentasjon. Dette gjelder i dag også organisasjonsmodeller, og Kunnskapssenteret har derfor analysert det de kunne finne av vitenskapelige studier som beskriver effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern. Konklusjonen var at det ikke foreligger vitenskapelig dokumentasjon som

kan gi grunnlag for anbefalinger om organiseringen av psykisk helsevern (Forsetlund, Lidal & Austvoll-Dahlgren 2012). De organisasjonsteoretiske perspektiver vi har presentert foran tilsier at vi har vanskelig for å se at det kan være fornuftig å lete etter standardiserte organisasjonsmodeller for denne sektoren. Vi legger til grunn at hva som er hensiktsmessig organisering av et tjenestetilbud påvirkes blant annet av oppgaver, ressurser og samspill med omverden (Scott 1981). Internasjonale standardiserte modeller – også kalt superstandarder – fungerer stort sett først etter at de har fått en lokal tilpasning (Røvik 1998). Romeriksprosjektet viser at en hensiktsmessig vei å gå også kan være å satse på lokale utviklingsprosjekter. Vi ser at samhandlingsgruppene selv har klart å utvikle en modell der tjenestene bygger på de samme prinsippene som det Burns (2010) mener er suksessfaktorer. Gruppene kommer også frem til på bakgrunn av sine egne erfaringer at disse prinsippene kan ivaretas med en møtetrykthet på hver annen uke. Dette lokale utviklingsprosjektet har derfor gjennom å forholde seg til at utforming av tjenestetilbud for denne målgruppen er et "wicked problem" som må løses ved hjelp av en inkrementell prosess, kommet frem til en samarbeidsmodell som er vesentlig mer kostnadseffektiv enn ACT-team. Etter vår mening viser dette at systematisk utvikling av lokale organisasjonsmodeller er et interessant alternativ til å importere standardiserte organisasjonsmodeller som er utviklet i helt andre sammenhenger enn de man møter i Norge.

## Referanser

- Hansen, G V (2007): *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer* Aakerholt A (2013): *ACT-håndbok*, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF
- Abbott, A. (1988): *The System of Professions*. The University of Chicago press, Chicago.
- Akershus HF (2009) Prosjektbeskrivelse: Utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller innen psykisk helsefeltet.
- Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T.M., Westerlund, H. og Norvoll, R. (2011) Å lage farger på livet til folk. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*.
- Australian Government – Australian Public Service Commission (2007): *Tackling Wicked problems. A Public Policy Perspective*, Contemporary Government Challenges.
- Burns, T., Catty, J. & C. Wright (2006): Deconstructing home-based care for mental illness: can one identify the effective ingredients?; *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 2006: 113 (Suppl.429): 33-35
- Burns, T. A. Fioritti, F. Holloway, U. Malm & W. Rössler, W. (2001): Case management and assertive community treatment in Europe. *Psychiatric Services*; Vol 52, No 5; 631-636.
- Burns, T. (2010): The rise and fall of assertive community treatment? *International Review of Psychiatry*, 22 (2): 130–137
- Chinman, M., Allende, M., Bailey, P., Maust, J. & Davidson, L. (1999). Therapeutic agents of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Quarterly*, 70(2), 137–162.
- The Cochrane Collaboration (2010): *Assertive community treatment for people with severe mental disorders* (Review2010) Published by JohnWiley & Sons, Ltd.
- Einstein S (2007): Substance Use(r) Treatment and health Disparities: Some Considerations or An Askance Look at Institutionalized Substance Use(r) Intervention Disparities, *Substance Use & Misuse*, 42:671-686
- Evjen, R. Øiern, T. og Boe Kielland (2012) *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*, Universitetsforlaget.



- Forsetlund L, Lidal IB, Austvoll-Dahlgren A. (2012): *Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern.*, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 05–2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten,
- Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001): “Managing the Care of Health and the Cure of Diseases—Part I & Part II”, i *Health Care Manage Rev*, 2001, 26(1), 56–92, 2001 Aspen Publishers, Inc.
- Hannigan, Ben og Michael Coffey (2011): Where the wicked problems are: The case of mental health. *Health Policy* 101 (2011) 220 – 227. Elsevier.
- i kommunalt psykisk helsearbeid*, Karlstad University Studies 2007:15
- Hansen, G V (2013): Hjemmet som basis for psykisk helsearbeid *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2013:2
- Helse- og omsorgsdepartementet: Samhandlingsreformen (St.m. nr. 47 2009-2010)
- Helse- og sosialdepartementet: St.m. nr. 25 («Åpenhet og helhet»1976 – 1977).
- Helsedirektoratet: IS-1948. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling. 2012.
- Helsetilsynet (2000) Veileder i Koordinering av psykososialt arbeid (KPA), Rapport 2: 2000).
- Holum 2012: “It is a good idea, but...” A qualitative study of implementation of “Individual Plan” in Norwegian mental health care, *International Journal of Integrated Care*, vol 12, March 2012
- Killasby, H. et al (2006): The REACT-study: randomised evaluation of assertive community treatment in north London. *BMJ*; 332:815-820; originally published online 16. Mar 2006; doi:10.1136/bmj.38773.518322.7C.
- Kolko, Jon (2012): Wicked Problems: Problems Worth Solving. *Stanford Social Innovation Review*, Austin Center for Design.
- Krupa, T., Eastabrook, S., Hern, L., Lee, D., North, R., Percy, K., Von Brieson, B. og Wing, G. (2005) How do people who receive Assertive Community Treatment experience this service? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29 (1), 18–24.
- Lang, M. A., Davidson, L., Bailey, P. & Levine, M. S. (1999). Clinician's and clients' perspectives on the impact of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Services*, 50(10), 1331-1340.
- Leiphardt, L. & Barnes, M. (2005) *The Client Experience of A Sensitive Community Treatment: A Qualitative Study*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* Vol. 28, 4/3 2005.
- Lemire S T, Nielsen S B and Dybdal L (2012) Making contribution analysis work: A practical framework for handling influencing factors and alternative explanations *Evaluation* 2012 18: 294
- March, J.G. (1994): *A Primer on Decision Making. How Decisions Happen*. New York: The Free Press
- March, James &g Johan P. Olsen (1976): *Ambiguity and Choice in Organizations*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Marshall, Gray, Lokwood & Grey (1998): *Case management for people with severe mental disorders*, The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2
- Marshall, M & Lokwood A (1998): *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*, The Cochrane Database of Systematic Reviews 1998, Issue 2
- Mintzberg, H. (1994). Rethinking Strategic Planning- Part. I Pitfalls and Fallacies, *Long Range Planning* Vol. 27. No. 3, 12–21, 1994
- Muir Gray, J. A. (2001): *Evidence-based Healthcare – How to make Health Policy and Management Decisions*. Churchill Livingstone.

- Nelson, G. (2010): Housing for People with Serious Mental Illness: Approaches, Evidence, and Transformative Change, *Journal of Sociology & Social Welfare*, Volume XXXVII, Number 4
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011): What Works for Whom: Tailoring Psycho-therapy to the Person. *Journal of Clinical Psychology, In Session*, 67 (2), 127-132
- Oliver, P. C., Piachaud, J., Tyrer, P., Regan, A., Dack, M., Alexander, R., Bakala, A., Cooray, S., Done, D. J. and Rao, B. (2005), Randomized controlled trial of assertive community treatment in intellectual disability: the TACTILD study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49: 507–515. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00706.x
- Onyett, S. (1998) *Case management in Mental Health*. Stanly Thornes (Publishers) ltd.
- Ramsdal, H. (1996) *Kan psykiatrien reformeres innenfra? Evaluering av Prosjekt Psykiatri*. Høgskolen i Østfold, Rapport 1996:3. (303 s.)
- Ramsdal H (2009): *Fra kunnskap til organisatorisk praksis. I: Terum & Grimen: Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Abstrakt forlag 2009
- Ramsdal, H & Hansen, G.V. (2012): *Forpliktende samhandling om psykisk helse på Romerike («Romerikprosjektet»)*. Underveisevaluering. Høgskolen i Østfold, Oppdragsrapport 2012:2
- Redko, C., Rapp, R. C., Elms, C., Snyder, M., & Carlson, R. G. (2007). Understanding the Working Alliance Between Persons with Substance Abuse Problems and Strengths-Based Case Managers. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 39(3), 241-250
- Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M (2010): *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, Oxford Blackwell Publishing Ltd.
- Rittel, H. og M. Webber (1973): Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences Vol 4*, pp 155 – 169. Elsevier Scientific Publishing Company, Inc. Amsterdam.
- Roberts, N.C. “Wicked Problems and Network Approaches to Resolution.,” *The International Public Management Review.*, Vol. 1, 1 (2000).
- Roberts, N.C. “Wicked Problems and Network Approaches to Resolution.,” *The International Public Management Review.*, Vol. 1, 1 (2000).
- Stein L, & Santos (1998). *Assertive Community Treatment of Persons with Severe Mental Illness*. W.W. Norton, 1998.
- Scott W R (1981): *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*, Prentice Hall
- Timmermanns, Stefan & Berg, Marc (2003). *The Gold Standard: The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*. Temple University Press.
- WHO (2010): *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*.

# Samarbeid mellom frivillig sektor og kommunale tjenester på pleie- og omsorgsfeltet. En kvalitativ studie.

**Marit Solbjør, Birgitte Ljunggren og Hanne Hestvik Kleiven**

*Marit Solbjør, seniorforsker, Trøndelag Forskning og Utvikling AS.*

*Birgitte Ljunggren, seniorforsker, Trøndelag Forskning og Utvikling AS.*

*Hanne Hestvik Kleiven, seniorforsker, Trøndelag Forskning og Utvikling AS.*

## **Abstract**

*Cooperation between third sector and municipal health care services – a qualitative study  
Municipal health care services are facing challenges due to an increasing number of individuals in need of care, combined with demographic change. More unpaid voluntary work within health care services has been put forward as a solution. Cooperation between volunteers and municipal health authorities can be challenging. This qualitative interview study with seven volunteers and six health care service managers explore experiences with cooperation between third sector and health care services in seven Norwegian regional municipalities. Facilitators for cooperation were predictable economy, municipal coordination, recruitment of volunteers and personal engagement among cooperating parties. Lack of these factors hampered cooperation. Professional expectations towards volunteers were another challenge. In small communities local networks may contribute to recruitment of volunteers and simplify communication between parties. Cooperation towards a common goal may reinforce local identity. This article shows how such cooperation develops in-between formal and informal structures.*

## **Keywords**

*Frivillig arbeid, samarbeid, pleie- og omsorgssektoren, kommuner, eldre voluntary work, cooperation, municipal health care services, elderly citizens*

## **Referee\***

Frivillig arbeid har stått sterkt i det norske samfunnet gjennom hele det siste århundret (Vågen 2005). I en tidlig fase i utviklingen av velferdsstaten utførte de frivillige organisasjonene en rekke velferdsoppgaver men etter andre verdenskrig ble frivillige organisasjoner skjøvet på sidelinja i forhold til velferdsproduksjon (Kloster, Lidén og Lorentzen 2003). En drivkraft bak utviklingen av velferdsstaten var et ønske om å komme bort fra veldedighet (Vågen 2005).

Demografiske forhold med mange eldre setter velferdsproduksjonen under press i de europeiske landene. Spørsmålet om hvem som skal stå for velferdsproduksjonen er igjen på agendaen. I norske kommuner vil det bli flere eldre som trenger omsorgstjenester, samtidig som en tredjedel av personer som får pleie- og omsorgstjenester i hjemmet i dag er personer under 67 år (NOU 2011:11). Kommunenes ansvar for pleie- og omsorgstjenester har også blitt forsterket gjennom samhandlingsreformen, noe som har satt økt press på kommuneøkonomien.

I Sverige har man registrert en økt interesse for ulønnet frivillig arbeid som kan avhjelpe kommunenes stramme økonomiske situasjon (Grassmann 2005). Også i Norge ser man på politisk hold mot frivillig sektor for nye løsninger på velferdsproduksjonen (St.meld nr.29 2012; NOU 2011:11). Økonomiske virkemidler benyttes nasjonalt for å støtte landsdekkende organisasjoner (Lorentzen 2010b), samt til å støtte frivilligsentralene (Lorentzen 2010a). Økonomisk støtte fra det offentlige handler ikke bare om avlønning men representerer også anerkjennelse av det arbeidet de frivillige utfører. Slik kan kommuners manglende vilje til å bruke penger på det frivillige arbeidet være en hindring for samarbeid (Disch og Vetvik, 2009). Det kan være lønnsomt for kommunene å satse på frivilligheten da den kan gi 2-3 ganger så mange timer igjen som det tilretteleggingen krever (Hansen, 2005).

Andre utfordringer i samarbeidet kan være uklarhet rundt hvor frivillige kan henvende seg (Hafstad og Lian 1999). Kommunene har manglet gode samarbeidsmodeller for å organisere egen kontaktflate i forhold til organisasjonene (Lorentzen, Klausen, et al. 2007). Dårlig informasjonsflyt mellom partene vanskeliggjør samarbeid (Ingebretsen 2005; Fensli, Skaar og Söderhamn 2012). Flere kommuner har laget en kommuneplan for samarbeid med frivillige (Elvegård, et al. 2012). KS og Frivillighet Norge har inngått en avtale som skal hjelpe kommunene å samarbeide med de frivillige organisasjonene (Frivillighet Norge 2013). Samarbeidet mellom det offentlige og frivilligheten må ikke ha for sterkt preg av offentlig styring fordi frivilligheten da står i fare for å miste sin egenart i form av uavhengighet og det som gjør den attraktiv for deltakelse (Nødland, et al. 2007).

Det samlede ubetalte arbeidet i frivillig sektor utgjør rundt 113 000 årsverk (Statistisk sentralbyrå 2010). Likevel synker antall personer som bruker mer tid enn 1 time på frivillig arbeid i uka og utviklingen ser ut til å gå mot at frivillige helst vil bidra i tiltak hvor de møter personer med omsorgsbehov heller enn å ha organiserende funksjoner (Wollebæk og Sivesind 2010). Det kan derfor være en fordel at kommunen koordinerer det frivillige arbeidet på pleie- og omsorgsfeltet (Wollebæk og Sivesind 2010; Disch og Vetvik 2009). Å ha en koordinatorfunksjon kan oppleves som positivt (Rønning 2011; Darbo 2008). En god organisering kan ivareta fleksibilitet for de frivillige og bidra til å unngå blandede roller mellom frivillige og profesjonelle (Hansen 2005). De frivillige er amatører som innehar en annen kunnskap enn de profesjonelle og kommunenes forventninger til slikt samarbeid må ta hensyn til dette (Sivesind, Lorentzen, et al. 2002).

Frivillig ubetalt innsats antas å kunne supplere det offentlige tilbudet slik man har sett i de andre nordiske landene (Lewinter 2004; Henriksen & Hansen 2003; Grassman 2005). Spesielt distriktskommuner har behov for slikt supplement fordi utfordringer med å framskaffe tilstrekkelig arbeidskraft innen sektoren aktualiseres her (St.meld nr.25 (2008-2009); Wiborg 2005). Frivillig sektor er viktig for lokalsamfunn i distriktene (Vågen 2005) og i spredtbygde strøk har nedgangen i frivillig arbeid vært svakere enn i byene (Wollebæk og Sivesind 2010). Det fins likevel lite forskning rundt hva som er et hensiktsmessig samarbeid mellom distriktskommuner og frivillig sektor (Solbjør, Johansen og Kleiven 2012).

Målet med denne artikkelen er å utforske erfaringer med samarbeid mellom frivillige og kommuner på pleie- og omsorgsfeltet. Målgruppen for de frivilliges tiltak kan være både institusjonspasienter og mottakere av andre kommunale tjenester. I denne artikkelen avgrenser vi frivillig arbeid til å gjelde ubetalt arbeid. Vi spør hva som hemmer og fremmer slikt samarbeid i norske distriktskommuner.

## Metode

Denne artikkelen bygger på en kvalitativ intervjustudie i sju kommuner som selv definerer samarbeidet som vellykket. Totalt 15 personer som hadde deltatt i samarbeid på pleie- og omsorgsfeltet i sin kommune ble intervjuet. Det kvalitative forskningsintervjuet er spesielt egnet til å få kunnskap om personers erfaringer og synspunkter om et bestemt tema (Kvale 1997). Metoden er godt egnet til å studere personers erfaringer med samarbeid på pleie- og omsorgsfeltet.

Kriterier for inkludering av kommuner til studien var at kommunen var en kommune i distrikts-Norge som hadde minst ett tiltak der ulønnede frivillige samarbeidet med kommunen på pleie- eller omsorgsfeltet. I studien etterstrebet vi å finne kommuner som var spredt over hele landet. Basert på søk i litteratur og frivillige organisasjoners hjemmesider fant vi kommuner som var aktuelle for studien. Vi tok også kontakt med flere fylkeslag av Norske Kvinners Sanitetsforening, Bygdekvinnelaget, Røde Kors og Livsglede for eldre, samt gjorde søk i fylkesmennenes nettsider i flere fylker. Åtte kommuner ble kontaktet for deltakelse i studien. Utvalget av kommuner og informanter preges av å være et tilgjengelighetsutvalg (Vassenden og Andrews 2007).

Informanter fra sju distriktskommuner deltok i studien. Disse kommunene lå i fylkene Finnmark, Troms, Nordland, Nord-Trøndelag, Møre og Romsdal, Rogaland og Telemark, og hadde innbyggertall fra 1.400 til 70.000. Kun en kommune hadde samarbeidstiltak som omhandlet pleie, mens de andre tiltakene omhandlet samarbeid om omsorgstilbud.

Rekruttering av informanter skjedde gjennom kommunalsjef for helse og omsorg, frivilligsentralen eller den frivillige organisasjonen. I kommuner som ikke hadde en helhetlig oversikt eller plan for samarbeid med frivillig sektor var det vanskelig å få oversikt over samarbeidet, samt å få kontakt med personer som hadde ansvar for samarbeidet med frivillige. Det ble gjort intervju med åtte personer ansatt i kommunene. Alle disse hadde et koordinerende ansvar for kontakten med de frivillige. Sju representanter for frivillig sektor ble intervjuet. Disse informantene var personer som utførte frivillig arbeid. Fem av dem hadde samtidig en lederposisjon på vegne av det frivillige arbeidet, enten som koordinator for frivillige tiltak eller lederverv i et samarbeidsorgan med kommunen.

Det ble benyttet halvstrukturerte intervjuguider som var tilpasset hver av informantgruppene. Informantene ble spurt om sin rolle i det frivillige arbeidet i kommunen, hvordan kommunen og de frivillige samarbeidet, hvem som hadde tatt initiativet til tiltaket, samt hvilke hemmere og fremmere de selv hadde erfart som viktige rundt frivillig arbeid på pleie- og omsorgsfeltet. Intervjuene ble gjennomført som telefonintervju og intervjuer tok notater fortløpende. Hvert intervju tok rundt en time. Umiddelbart etter intervjuet skrev intervjuer et sammendrag av intervjuet. Det ble ikke benyttet lydopptak av intervjuene fordi det innenfor prosjektets rammer ikke var rom for transkribering av lydopptak. Presentasjonen av data i resultatdelen

av artikkelen bygger derfor på notatene intervjuer gjorde underveis i intervjuene. Utdragene fra data som er basert på intervjuers notater presenteres som tekst i kursiv. Utdrag fra data som er direkte sitater notert underveis i intervjuene presenteres med anførselstegn.

Intervjudata ble analysert gjennom kategorisering og fortolkning (Kvale, 1997). Tematiske kategorier ble identifisert gjennom å lese notatene og sammendragene fra hvert av intervjuene, samt å sammenligne tema fra intervjuene med hverandre. Intervjuer med personer ansatt i kommunene ble sammenlignet med hverandre, og intervjuene med frivillige ble sett i sammenheng med hverandre. Vi utformet også tykke beskrivelser av tiltakene og samarbeidet i hver av kommunene, basert på intervjuene fra den enkelte kommune. Basert på disse analysene kom vi fram til fire hovedtema rundt hemmere og fremmere for samarbeid. Disse blir presentert i resultatdelen av artikkelen.

Prosjektet ble meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Alle informantene ga muntlig samtykke til deltagelse i studien, basert på en standardisert informasjonsliste som intervjuer gjennomgikk før telefonintervjuet ble gjennomført.

## **Hemmere og fremmere for samarbeid mellom distriktskommuner og frivillig sektor**

Utvalget av samarbeid mellom kommuner og frivillige var et tilgjengelighetsutvalg. For å studere feltet var det nødvendig å inkludere et bredt spekter av tilbud og målgrupper for disse tilbudene. Samarbeidstiltakene i de sju distriktskommunene bestod av to frivilligsentraler, et treffsted for psykisk syke, tre kommuner med frivillig arbeid på sykehjem, og et tiltak for pleie av terminale pasienter. Frivillige organisasjoner som bidro i disse samarbeidsrelasjonene var Røde Kors, Livsglede for eldre, Sanitetsforeningen, Frikirken og Termik, samt en rekke mindre organisasjoner. Samarbeidsformer på organisasjonsnivå var formelle avtaler, formelle og uformelle møter, styre for frivilligsentralene, samarbeidsutvalg, og ansatte kommunale koordinatører.

I det følgende vil vi presentere de faktorer som framstod som de viktigste hemmere og fremmere for samarbeidet: økonomi, organisering, deltakerne i samarbeidet og profesjonelle utfordringer.

### **Økonomi**

Ulike løsninger ble benyttet for å få dekket utgifter til tiltakene som ble gjennomført. Kommunal støtte handlet primært om å få dekket utgifter som tiltaket genererte, spesielt dersom alternativet var at deltakerne betalte egenandel.

*Organisasjonen får et beløp fra kommunen for hver gang tiltaket gjennomføres. Det er ikke så viktig men de må ha dekket utgiftene. Det går ikke an å ta egenandel fra deltagerne, da blir de ikke med. (Kommune B, frivillig)*

Det hendte også at den frivillige organisasjonen selv sto bak finansiering av et tiltak, men det var tidkrevende å samle inn penger for å gjennomføre aktiviteter for brukere med pleie- eller omsorgsbehov. De fleste av organisasjonene fikk økonomisk støtte fra kommunen mens noen

mottok mest støtte fra private givere. Et sykehjem hadde innført «trivselspenger», slik at beboerne bidro til å dekke utgiftene til sosiale tiltak hvor de frivillige bidro.

Økonomisk forutsigbarhet ble opplevd som viktig for muligheten til å planlegge langsiktig i det frivillige arbeidet. Spesielt frivilligsentralene var opptatt av klare økonomiske rammer fra kommunen for å gi forutsigbarhet for aktiviteten.

*Kommunen bruker mer penger enn de er lovpålagt, mer enn tilskuddet fra Kulturdepartementet. Den lokale finansieringen er viktig for frivilligheten. (Kommune A, kommuneansatt)*

Det var likevel ingen av informantene som uttrykte at økonomiske utfordringer var til hinder for selve samarbeidet mellom kommunen og de frivillige på pleie- og omsorgsfeltet. Fra kommunens ansatte ble det uttrykt at økonomisk støtte var viktig for å få frivillig sektor til å påta seg oppdrag. Kun en kommune uttrykte at de ikke kunne støtte de frivilliges innsats på grunn av kommunens økonomiske situasjon. Både frivillige og kommuneansatte uttrykte at de frivillige bidro til å avlaste kommunen økonomisk gjennom å gjennomføre tiltak som kommunen ikke kunne ta ansvar for.

*Kommunen tjener på å ha tiltaket, hvis ikke måtte de ha ansatt folk for å ivareta brukerne. (Kommune B, frivillig)*

*Det at frivillige kjører ut mat til hjemmeboende brukere er en billig løsning for kommunen. (Kommune C, kommuneansatt)*

Kommunen kunne også bidra mer indirekte enn med penger. Infrastruktur, slik som kontorlokaler, møteplasser og hjelp med logistikk var et viktig virkemiddel fra kommunenes side for å fremme samarbeid. Dette ga de frivillige inntrykk av at kommunen ønsket tiltakene velkommen.

## **Kommunal organisering, koordinering og kommunikasjon**

Organisering, koordinering og kommunikasjon var elementer som framstod som både hemmere og fremmere i samarbeidet mellom kommunene og de frivillige. I alle samarbeidstiltakene ble det nevnt at en viktig fremmer for samarbeid var at kommunikasjonen mellom de frivillige og kommunen fungerte godt. God kommunikasjon kunne foregå på flere nivå i kommuneorganisasjonen. For det første handlet god kommunikasjon om at kommuneadministrasjonen var positivt innstilt til frivillig sektor og var imøtekommende ved henvendelser. Faste møteplasser, for eksempel i samarbeidsutvalg, ga en arena for diskusjon, informasjon og nettverksbygging. Slik kontakt kunne også oppnås gjennom fysisk samlokalisering av frivillige organisasjoner eller kommunale frivillighetskoordinatorer med pleie- og omsorgstjenestene. Samlokalisering forenklet den uformelle kontakten mellom kommunens ansatte og frivillige og dermed samordning av tjenester til brukerne. Frivilligsentralene kunne også være et slikt knutepunkt.

*Samarbeidet fremmes av at frivilligsentralen har kontor i samme bygning som lederen av kommunens boenhet og leder for hjemmesykepleien. De som deler kontorfellesskap snakker sammen, nærhet gir god kommunikasjon og oppmerksomhet på behov for tjenester. En leder i kommunen sitter i styret til frivilligsentralen men kommunen blander seg ikke inn i hva frivilligsentralen gjør ellers. (Kommune A, kommuneansatt)*

I de mindre kommunene var det ikke alltid nødvendig med kommunal organisering for å skape kommunikasjon mellom kommunen og de frivillige. Det var kort vei mellom kommuneledelsen og innbyggerne når de inngikk i de samme uformelle sosiale nettverk i lokalsamfunnet. Flere av de som nå var frivillige hadde tidligere innehatt posisjoner i kommunen, eller de hadde det fremdeles. Nettverk mellom frivillig sektor og kommunen var dermed tilgjengelige for informasjonsutveksling. I enkelte kommuner var det nettopp det at enkeltpersoner hadde relasjoner både til kommunen og til en frivillig organisasjon som gjorde samarbeidet spesielt godt. En slik tilhørighet kunne ivareta kommunikasjon og koordinering mellom partene, mens det personlige bekjentskapet også ga trygghet om at brukerne ville bli ivaretatt på en god måte.

*Det er en fordel at alle kjenner hverandre, det er små forhold. De fleste aktørene går inn og ut av både politiske posisjoner, frivillige verv og jobber i kommunen. (Kommune D, frivillig)*

Et annet nivå hvor kommunikasjon var viktig for samarbeidet var mellom frivillige og de ansatte i institusjonen hvor tiltak skulle gjennomføres. For de frivillige var det viktig at informasjonen om deres arbeid kom ut til ansatte som skulle bidra med tilrettelegging for brukerne. Frivilliges erfaringer tilsa at de ansatte måtte få informasjon om at tiltakene var støttet av ledelsen for å få gjennomslag for at det kunne kreves ekstra innsats også av de ansatte hvis brukerne trengte hjelp til å delta.

*De har slitt litt med å oppnå samarbeid med ansatte på enkelte avdelinger. For det første må de ansatte markedsføre tiltakene de frivillige kommer med. I tillegg er det noen ansatte som ser dette som avlastning for å få en pause mens beboerne gjør noe annet. De frivillige vil helst at de ansatte skal være med på tiltaket slik at de skaper en felles arena og opplevelse mellom beboere og ansatte. Dette har bedret seg men varierer fra institusjon til institusjon. (Kommune E, frivillig)*

En måte å fremme samarbeidet på var at kommunen hadde en koordinator for kontakten med det frivillige arbeidet. Koordinator kunne sørge for informasjon til alle parter i samarbeidet, eller koordinere hvilke frivillige som skulle ivareta hvilke oppgaver. For enkelte informanter ble koordinering opplevd som essensielt for å få benyttet de frivillige bidragene.

*«Vi har lyktes fordi det er en person som koordinerer de frivillige.» Koordinator følger opp de frivillige, de må få føle at de betyr noe. Hvis en frivillig blir borte flere ganger ringer hun til den frivillige. (Kommune F, kommuneansatt)*

I en kommune var det kommunen som koordinerte hvilke brukere som skulle få delta i tilbudet fra de frivillige. Slik ble det frivillige tiltaket samkjørt med andre kommunale tiltak. Spesielt tilbud rettet mot de mest sårbare brukerne ble fremmet av samarbeid som kunne sikre at dette tilbudet komplementerte kommunens tilbud til enkeltpersoner. Andre typer frivillige tiltak som ble arrangert på gruppenivå var mindre avhengig av kommunal koordinering, men samarbeidet var likevel nødvendig når tiltakene ble rettet mot beboere i kommunale institusjoner hvor de frivillige ønsket tilgang. Tiltak som ble initiert av de frivillige ble oftere organisert av de frivillige selv. Slik beholdt de frivillige styringen med hvilket tilbud og hvor mye innsats de skulle bidra med.



## Deltakerne i samarbeidet

De frivilliges motivasjonen til å bidra på pleie- og omsorgsfeltet var gleden ved å gjøre en forskjell for andre som trenger det. Men deltagelse på feltet krevde samarbeid mellom de frivillige og kommunen. Både de frivillige og kommunens ansatte hadde erfart viktigheten av nøkkelpersoner som kunne være igangsettere for samarbeid eller tiltak. Det var derfor en viktig fremmer for samarbeidet at det eksisterte lokale ildsjeler. Disse ildsjelene fantes både blant de frivillige og blant kommunalt ansatte.

Ildsjelene i frivillig sektor organiserte tiltak, rekrutterte frivillige, stilte selv som frivillig, og bidro til kommunikasjon og samarbeid med kommunen. Kommunenes ansatte opplevde at de frivillige stilte opp ved forespørsel og skaffet flere frivillige ved behov. Dugnadsånden var sterk og de frivillige ønsket å bidra til fellesskapet i lokalsamfunnet. Dugnadsånden gjorde det mulig å rekruttere andre frivillige gjennom nettverk i lokalsamfunnet.

*Det er viktig med bekjentskaper for å få med folk på det frivillige arbeidet. Han selv ble rekruttert via en som han kjente fra annet dugnadsarbeid. De prøver å gå via bekjentskaper når de rekrutterer til frivilligsentralen fordi det er viktig å finne noen man kan stole på. (Kommune A, frivillig)*

Å bo i småsamfunn gjorde ildsjelene synlige for andre som ville bidra. De frivillige erfarte at personlige, uformelle nettverk var en hovedbase for rekruttering av andre frivillige. Ofte var ildsjelene personer som tok ulike roller på ulike tidspunkt slik at rollen som frivillig inngikk i et større prosjekt for å ivareta samfunnet rundt. Muligheten til å ta uformell kontakt framstod som like viktig som å delta i formelle samarbeidsfora. Personkjemien var viktig for kommunikasjonen mellom partene.

Også ansatte i kommunen ble av de frivillige omtalt som ildsjeler. Kommunens ansatte har en formell posisjon gjennom sin stilling i kommunen, men deres stillingsinstruks innebar ikke alltid kontakt med frivillig sektor. Omtalen som ildsjel kan komme av at deres engasjement ble opplevd som utover det man kan forvente. Den formelle koordinatorrollen innebar å ivareta de frivillige, rekruttere og passe på at noen tok ansvar for oppgavene som skulle gjøres, men også ha som oppgave å motivere frivillige og ansatte til å samhandle på gode måter.

*Tiltaket fungerer så godt fordi det er en utrolig flott koordinator som er inkluderende og alltid har godt humør. (Kommune F, frivillig)*

*Hadde det ikke vært for «koordinator» så hadde det ikke vært sånn her. Hun har tatt styringen og de frivillige har trivdes med hennes styring. (Kommune C, frivillig)*

Den som skulle fungere som koordinator måtte derfor være spesielt engasjert i oppgaven. Det personavhengige og uformelle preget på samarbeidet ga også noen utfordringer. Engasjementet som krevdes hos den kommunale koordinatoren kunne slite på vedkommende. Koordinatoren kunne oppleve å måtte gi av seg selv hele tiden for å motivere andre til å bidra, enten det var ansatte i sykehjem eller frivillige i lokalsamfunnet.

*Som leder av frivillighetsentralen er det en hovedoppgave å hele tiden være ute og synlig i lokalmiljøet, jeg må oppsøke "pulsene" der ute og få med meg hva skjer, det er helt avgjørende og en fremmer for dette arbeidet. Jeg må snakke med folk, hele tiden være på "jakt" etter hvilke behov som finnes ute blant folk. Deretter forsøker jeg å dra i gang*

*arrangement som er aktuelle både for å dra med de med et behov og de som ønsker å jobbe som frivillige. (Kommune D, kommuneansatt)*

Avhengigheten av enkeltpersoner ble en hindring for samarbeidet dersom kjernepersoner i organisasjonene ble fraværende, f.eks. på grunn av sykdom. Utfordringen med rekruttering og samarbeid gjennom uformelle nettverk er at de som rekrutteres er for like. Både kommuneansatte og de frivillige selv hadde bekymringer rundt det at de frivillige i stor grad var eldre mennesker og at de yngre ikke kom til.

*De som jobber som frivillige på frivillighetscentralen er eldre enn 70 år. De unge har jobb og andre ting, de tenker ikke i de baner. (Kommune A, frivillig)*

*Hun er nå 50 år og fremdeles yngst, som hun var da hun startet i 1989. (Kommune B, frivillig)*

I noen kommuner hadde kommunen eller frivillig organisasjon annonsert etter flere frivillige og slik oppnådd noe mer variert rekruttering. En spesiell utfordring var at enkelte stilte som frivillige men fremstod som omsorgstrengende. For andre frivillige skapte dette usikkerhet rundt arbeidet de skulle utføre.

## **Profesjonelle utfordringer**

Informantene fra kommunene hadde erfaringer med at de profesjonelle og de frivillige hadde forskjellige forventninger til den frivillige innsatsen. Informantene var i stor grad tilretteleggere for frivillig sektor, og hadde møtt de profesjonelles holdninger til at frivillige skulle inn i pleie- og omsorgssektoren. Flere sider av profesjonalitet var en utfordring. For det første var det de profesjonelles forventninger til frivillig arbeid. Helsearbeiderne hadde noen steder møtt de frivillige som avlastning og så tiden med frivillig innsats som mulighet for en kjærkommen pause. Dette kunne vanskeliggjøre tiltakene fordi mange av brukerne hadde behov for hjelp eller oppmuntring for å delta og de frivillige kunne ikke ivareta slike behov. I flere av kommunene hadde det vært nødvendig å jobbe med de ansattes holdninger til frivillig arbeid for å kunne ivareta samarbeidet. Både koordinatorene og frivillige hadde erfaringer med at de ansatte ikke anså det som deres oppgave å tilrettelegge for de frivillige tiltakene.

*Hun jobber også mot de ansatte slik at de ikke skal se dette som avlastning som gjør at de kan gå et annet sted. Tidligere var det et problem at enkelte ansatte så de frivillige som avlastning og gikk for å ta en røyk eller gjorde andre oppgaver og overlot de frivillige til å ta ansvaret. De frivillige går ikke inn i pleie men gir de gamle livskvalitet. Det har ikke vært konflikter med de ansatte, de frivillige tar ikke over for pleiepersonalet. Det har vært viktig å presisere at de frivillige ikke fører til at de ansatte mister jobben. (Kommune F, kommuneansatt)*

Frivillige hadde opplevd å bli møtt med mistro. Profesjonelle helsearbeidere hadde gitt uttrykk for ulike typer frykt for konsekvensene av det frivillige arbeidet. For det første kunne de uttrykke at de opplevde de frivillige som kontrollører. For det andre kunne de frivillige være en trussel for deres arbeidsplasser dersom de tok over arbeidsoppgaver fra de profesjonelle og endog gjorde dem gratis. Den tredje innsigelsen handlet om de frivilliges mangel på kompetanse til å utføre oppgaver rundt sårbare brukere. Dette ble spesielt tydelig i en kommune hvor frivillig sektor tilbød pleietjenester mot alvorlig syke personer. Samtidig opplevde både frivillige og kommunalt ansatte som samarbeidet med de frivillige at profesjonelle utøvere som ikke var i direkte kontakt med frivilligheten kunne ha urealistiske

forventninger om hvilke oppgaver de frivillige kunne ta på seg. I slike tilfeller måtte frivilligkoordinatoren i kommunen gå inn som mellomledd og sette grenser for kravene.

*Vår erfaring med å gå inn i samarbeid med frivillige på pleie- og omsorgssiden har vært flersidig. I begynnelsen var det en kronglete vei å gå; her har vi hensyn til fagforeninger, profesjonskulturer og profesjonskamp. Med andre ord et lite minefelt. Så det skal vi ikke legge skjul på at det var en stor oppgave å rydde grunn for samarbeid. Dette er nybrottsarbeid. Når vi etter hvert utviklet områder for samarbeid som ikke kom i konkurranse med de kommunale tjenestene så åpnet det seg jo en ny verden. (Kommune G, kommuneansatt)*

I noen av kommunene hadde de forsøkt å løse utfordringer knyttet til profesjonalitet, kompetanse og forventninger med informasjon og opplæring. Ansatte fikk opplæring rundt hvilke forventninger de kunne ha til de frivillige og hvordan de som profesjonelle kunne møte de frivillige for å skape et best mulig miljø for den frivillige innsatsen. Frivillige kunne få noe opplæring gjennom sin organisasjon eller delta på kurs i regi av kommunen. Desto mer sårbare brukerne var, desto viktigere ble det med opplæring av de frivillige. Det var også positivt om de frivillige hadde profesjonell kompetanse som grunnlag for det de gjorde.

*Det unike [i dette tiltaket] her ligger i den delvise profesjonaliteten som er i bunn i organisasjonen. Det gjør den lettere å forholde seg til profesjonelt fra vår side. (Kommune G, kommuneansatt)*

## Diskusjon

Denne studien var en kartlegging av hemmere og fremmere for samarbeid mellom kommuner og frivillig innsats på pleie- og omsorgsfeltet. Sju kommuner ble valgt ut til studien fordi de skulle representere gode eksempler på slikt samarbeid. Funnene i studien kan derfor ikke generaliseres til å gjelde alt samarbeid av denne typen men erfaringene viser elementer som er viktige for å få til et slikt samarbeid. Resultatene antyder at samarbeid mellom kommuner og frivillig sektor på pleie- og omsorgsfeltet kan fremmes av at det fins engasjerte personer på begge sider og at kommunen legger til rette for samarbeidet. Profesjonelle holdninger til frivillig arbeid kan være en hindring for samarbeid mellom profesjonelle helsearbeidere og de frivillige amatørerne.

I kommunenes arbeid med å ivareta velferdsproduksjonen i pleie- og omsorgssektoren er økt samarbeid med frivillig sektor ønsket. I de sju kommunene som deltok i denne studien ble samarbeidet utført på ulike måter og i ulik grad. I noen av kommunene hadde frivillig sektor initiativet, mens det i andre tilfeller var kommunen som organiserte tilbudet. Utfordringene rundt samarbeidet handler om praktiske problemer, men også om at det er to ulike rasjonaliteter som skal møtes. Kommunens pleie- og omsorgssektor er formalisert og profesjonalisert. Det frivillige arbeidet er derimot tuftet på uformelle frivillige relasjoner og amatører som vil bidra til fellesskapet. I samarbeidet om å produsere velferd for pleie- og omsorgstrengende i kommunen møtes disse to rasjonalitetene. Dette indikerer at samarbeidets suksess vil være avhengig av hvordan partene greier å imøtegå hverandre og arbeide sammen til tross for sine ulike egenarter.

Kommunene benyttet flere formelle virkemidler, slik som økonomisk støtte, samarbeidsmøter og koordinering av det frivillige arbeidet. Strukturering av samarbeid har også tidligere blitt benyttet som virkemiddel og kan virke positivt på samarbeidet (Elvegård, et al. 2012;

Flermoen og Heian 2008; Hafstad og Lian 1999). Likevel er det ikke bare de formelle strukturene som avgjør hvor vellykket samarbeidet blir. Den uformelle kontakten med god personkjerne mellom partene var viktigst. En forklaring på dette er at det i små og gjennomsiktede samfunn hvor «alle kjenner alle» vil være mulig å opprette uformell kontakt mellom frivillige og kommunalt ansatte. Men også i Trondheim kommune har det tidligere vist seg at det var personlige relasjoner som var viktigst for samarbeidet (Hafstad og Lian 1999). Å basere et system på enkeltpersoners egnethet kan være sårbart for fravær hos kjernepersoner i organisasjonene, f.eks. på grunn av sykdom. Samarbeidet kan i ytterste konsekvens bli avhengig av at koordinatoren er til stede (Rønning, 2011).

Det uformelle frivillige arbeidet preges også av at det er uforpliktende. Selv om de frivillige i denne studien var trofaste i utførelsen av sine oppgaver, er ikke det frivillige arbeidet kontraktsfestet. De frivillige bestemmer selv om de skal møte opp eller ikke, i motsetning til ordinære arbeidstakere som har forpliktet seg til å møte opp på jobb. Denne friheten til å delta eller å la være må anerkjennes av den kommunale samarbeidspartneren, men kan også vanskeliggjøre samarbeidet på et felt som krever forutsigbarhet.

Rekruttering av frivillige til ulønnet arbeid er en generell utfordring for frivillig sektor og kommunene, også på pleie- og omsorgsfeltet (Flermoen og Heian 2008). Få frivillige i kommunene kan være en hemmer for samarbeid mellom kommunen og frivillig sektor (Henriksen og Hansen 2003). Ansettelser i til den kommunale pleie- og omsorgssektoren skjer gjennom et system hvor kompetansen til den som skal utføre oppgaver er formelt dokumentert. For de frivillige som rekrutteres er det derimot uformelle strukturer som avgjør hvem som blir med. Andre typer kapital enn den formelle kompetansen teller for de frivillige. Felles mål for velferdsproduksjonen, f.eks. å opprettholde et godt tilbud på sykehjemmet, kan være en form for kapital i det frivillige arbeidet. Det lokale fokuset i det frivillige arbeidet ser ut til å ha blitt sterkere (Gulbrandsen og Ødegård 2011). Dugnadsånd og lokalpatriotisme kan slik henge sammen og skape fellesskap og felles identitet knyttet til å gi et godt tilbud til brukerne. Samarbeid om frivillig arbeid innen pleie- og omsorg kan slik bidra til samfunnsbygging ved at tillitsrelasjoner og samhold styrkes i samarbeidet. I samarbeidsrelasjoner som kjennetegnes av tillit kan det være lettere for kommunen å tillate uformelle strukturer i arbeidet på pleie- og omsorgsfeltet.

Kommunenes ansvar for pleietrengende brukere kan likevel ikke overlates til de frivillige. Kommunen har ansvar for å ivareta brukernes formelle rettigheter og velferdsstatens plikter overfor disse brukerne. Tilbud som gis av en offentlig instans og fra frivillig sektor er ulike i grad av likeverdighet mellom giver og mottaker. I det kommunale tilbudet er det en tydelig ulikhet mellom den som skaper velferden og den som mottar. Det formelle systemet med vedtak og avlønning av hjelpere bidrar til å ivareta velferd som en demokratisk rettighet som alle borgere skal få etter behov. Frivillig velferdsproduksjon gis derimot etter andre regler. Når tilbudet gis av private aktører heller enn offentlige er det ikke en demokratisk rettighet å få tilbud, og noen kan være mer attraktive som mottakere eller sees som mer «verdige trengende» enn andre (Lewinter 2004). Det at de frivillige ikke lønnes kan føre til mer likeverdighet mellom mottaker og frivillig (Nødland, et al. 2007). Samtidig kan det å motta en gave som man ikke kan gjengjelde føre til det motsatte av likeverdighet (Lewinter 2004). Tiltak rettet mot stigmatiserte grupper som potensielt ikke sees som «verdige trengende» kan også være vanskelig å få til innenfor et lite samfunn (Flermoen og Heian 2008).

Dette kan overføres til problemstillingen rundt hvem som får være frivillig. I alle kommunene i intervjustudien ble de frivillige rekruttert gjennom uformelle nettverk slik at man kunne vite

hvem de frivillige var og at de var til å stole på. Det er altså ikke hvem som helst som kan være frivillig. I småsamfunn kan slike former for intern rekruttering stenge ute enkelte fra det frivillige arbeidet. I mange av tiltakene i denne studien var det nettopp det å skape sosial kontakt med andre mennesker som var drivkraften hos de frivillige, men frivillige med egne synlige omsorgsbehov gjorde grensene mellom «giver» og «mottaker» uklare. Den uformelle omsorgen gis altså ikke uavhengig av det formelle tilbudet. Fleksibilitet rundt hva som tilbys som formell omsorg og hvilken type velferd de frivillige skal tilby blir dermed en viktig fremmer for samarbeidet.

Et av kjennetrekke ved frivilligheten er den amatørbaserte deltakelsen. Profesjonell kunnskap dominerer på pleie- og omsorgsfeltet, samtidig som den rangeres høyere enn de frivilliges kunnskap. Profesjonelle kan være kritiske til manglende kompetanse blant de frivillige innenfor pleie og omsorg (Lorentzen, Klausen, et al. 2007; Koch-Nielsen og Michaelsen 2003). Profesjonalismen vil ofte utfordre amatørismen og den erfaringsbaserte kunnskapen (Kloster, Lidén og Lorentzen 2003). Dette kan skape forventninger til at også de frivillige skal ivareta en profesjonell standard i sin virksomhet. Krav fra fagfolk eller pårørende om at frivillige skal opptre profesjonelt kan føre til konflikter (Nødland, et al. 2007; Ingebretsen 2005).

En spesiell utfordring for samarbeid på pleie- og omsorgsfeltet er at brukerne kan være spesielt sårbare. Sårbare brukere kan gjøre at kommunen vegrer seg for samarbeid med frivillige tiltak de ikke kjenner (Flermoen og Heian 2008). I rekrutteringen til vår studie identifiserte vi en rekke samarbeid som omhandlet omsorg men kun ett tiltak hvor frivillige ga pleie. En forklaring på dette kan være at pleie i større grad er et profesjonalisert felt, og at terskelen for å involvere frivillige dermed blir høyere. Vi fant at sårbarhet hos brukerne var en potensiell hindring for frivillig arbeid på feltet men at opplæring av de frivillige var en løsning. Arbeid rettet mot de sykeste brukerne ser ut til å kreve mer tilpassing og opplæring av de frivillige (Buitink 2002). Gjennom opplæring endres kompetansen hos de frivillige amatørerne fra uformell personlig kunnskap til en grad av formalisert standardisert kunnskap. I møtet med de mest sårbare pasientene ser det ut til at det er den frivillige egenarten som må endres for at kommunen skal slippe dem til på en profesjonalisert arena. Kommunene sitter her med definisjonsmakten rundt hvem som har rett til å bidra til velferdsproduksjonen på arenaer med de mest sårbare pasientene. Brukernes erfaringer med profesjonalisert og amatørbasert pleie ser derimot ut til å være et utforsket felt.

Denne artikkelen har tatt for seg hemmere og fremmere for samarbeid om velferdsproduksjon mellom kommunal pleie- og omsorgssektor og frivillig sektor. Det er viktig at det frivillige arbeidet ikke sees på som en erstatning for offentlig tilbud, men at man holder på komplementariteten i tjenestene. Et godt samarbeid om tiltak på pleie- og omsorgsfeltet er avhengig av at frivillighetens egenart ivaretas. Selv om man innen pleie- og omsorgsfeltet forholder seg til profesjonelle standarder, må de frivillige få være amatører. Studien viser at samarbeid på dette feltet befinner seg i spennet mellom det formelle og det uformelle. Når det kommer til anerkjennelse, kommunikasjon og rekruttering må de uformelle relasjonene ivaretas og slippe til. Spesielt småsamfunn ser ut til å ha kjennetegn som bidrar til å ivareta de uformelle relasjonene og gir slik mulighet for et godt samarbeid mellom kommunens pleie- og omsorgstjenester og de frivillige.

## Litteratur

- Blix, E S (2009) Dette får vi til. *Sluttrapportering fra prosjektet "Mørkved sykehjem - et utviklingsprosjekt"*. Bodø: Høgskolen i Bodø
- Buitink, M (2002) Den lindrende sykepleierfunksjon og bruk av frivillige. Erfaringer fra TERMIK-prosjektet i Vefsn kommune. *Omsorg*, 4:19
- Darbo, E (2008) *Lyst til å glede noen?* Oslo: Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Disch, Per Gunnar og Einar Vetvik (2009) *Framtidas omsorgsbilde*. Kristiansand: Senter for omsorgsforskning, Universitetet i Agder
- Elvegård, Kurt, Berit Berg, Patrick Kermit og Irene Jæger (2012) *Fra pilot til skvadron. Evaluering av Frivillighetsprosjektet Byer i Midt-Norge*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning
- Enjolras, Bernard (2008) *Nettverkssamfunn og frivillig organisering. En kunnskapsstatus*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Fensli, Marthe, Ragnhild Skaar og Ulrika Söderhamn (2012) Frivilligsentral og offentlig omsorg - samhandling til brukers beste. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 1:2
- Flermoen, Solveig og Mari Torvik Heian (2008) *Evaluering av nettverksguide Telemark*. Bø: Telemarksforskning
- Frivillighet Norge. <www.frivillighetnorge.no.> 01 01 2013.  
www.frivillighetnorge.no/Plattform+for+samspill+og+samarbeid+mellom+frivillig+og+kommunal+sektor.b7C\_wBjU0P.ips (funnet 05 29, 2013).
- Grassmann, Eva Jeppsson (2005) På jakt etter den frivillige sektorns roll inom nordisk äldreomsorg. Forskning, gestaltningar och perspektiv. I Marta Szebehely (red) *Äldreomsorgsforskning i Norden*, Köpenhamn: Nordiska ministerrådet, s. 281-320
- Gulbrandsen, Trygve og Guro Ødegård (2011) *Frivillige organisasjoner i en ny tid. Utfordringer og endringsprosesser*. Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
- Hafstad, Torild og Roger Lian (1999) *Hvordan organisasjoner har opplevd samarbeid med Trondheim kommune før 1999*. Trondheim: Trondheim kommune
- Hansen, Gunnar Vold (2005) *Prosjekt frivillige hjelpere i eldreomsorgen*. Fredrikstad: Høgskolen i Østfold
- Henriksen, Claus Syberg og Henning Hansen (2003) §115-redegørelse 2003. Kommuners og amters samarbejde med frivillige sociale organisationer - erfaringsopsamling og redegørelse om lov om social service §115. København: Center for Alternativ Samfundsanalyse
- Ingebretsen, Reidun (2005) *Kommunikasjon ved demens - en arena for samarbeid*. Oslo: NOVA
- Kloster, E, H Lidén og Håkon Lorentzen (2003) *Frivillighetssentralen. Resultat, erfaringer, forandringer*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Koch-Nielsen, E og K Michaelsen (2003) *Kommunal frivillighed - tre casestudier*. Odense: Center for frivilligt socialt arbejde
- Kvale, Steinar (1997) *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag
- Lewinter, Myra (2004) Who's going to need you, who's going to feed you in 2040.» I Lewinter, M og Gravesen, B (red) *Pleje og omsorg i fremtidens velfærdssamfund. To essays af Myra Lewinter og Bent Gravesen*. Ældre Sagen og Foreningen Østifterne, København, s. 9-87
- Lorentzen, Håkon (2010a) *Frivilligsentralen mellom stat, kommune og sivilsamfunn*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Lorentzen, Håkon (2010b) *Statlig støtte til frivillig sektor*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning

- Lorentzen, Håkon, Jan Erling Klausen, Frode Berglund og Ragnhild Holmen Waldahl (2007) *Frivillighet i storby*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Matthies, Aila-Leena (2006) Introduction. I Matthies, Aila-Leena (red) *Nordic civil society and the future of welfare services*. A model for Europe? Nordisk ministerråd, København
- NOU 2011:11. *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Nybø, Liv og Eirin Hillestad (2011) Frivillighet kommer ikke av seg selv - kompetanseutvikling og profesjonell tilrettelegging av frivillig hjelp i eldreomsorgen. *Omsorg, 3: s. 61-64*
- Nødland, Svein Inge, Nils Asle Bergsgard, Anett Bjelland og Einar Leknes (2007) *Kommunenes samhandling med frivillig sektor*. Stavanger: ISIS
- Rønning, Rolf (2011) *Frivillige og lønnede på samme lag. Om styrking av den frivillige innsatsen i omsorgsarbeidet - i samspill med offentlig sektor*. Lillehammer: Østlandsforskning, 2011.
- Rønning, Rolf, Tuva Schanke og Vegard Johansen (2009) *Frivillighetens muligheter i eldreomsorgen*. Lillehammer: Østlandsforskning
- Sivesind, Karl Henrik (2007) *Frivillig sektor i Norge 1997-2004. Frivillig arbeid, medlemskap, sysselsetting og økonomi*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Sivesind, Karl Henrik, Håkon Lorentzen, Per Selle og Dag Wollebæk (2002) *The Voluntary Sector in Norway - Composition, Changes, and Causes*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning
- Solbjør, Marit, Birgitte Johansen og Hanne Kleiven (2012) *Samarbeid mellom kommuner og frivillig sektor på pleie- og omsorgsfeltet - en kartlegging. Rapport 2012:15*, Steinkjer: Trøndelag Forskning og Utvikling
- St.meld nr.25 (2008-2009). *Mestring, muligheter, mening- Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- St.meld nr.29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Stortingsmelding, Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Statistisk sentralbyrå (2010) <http://www.ssb.no/vis/magasinet/analyse/art-2010-01-11-01.html>
- Vassenden, Anders og Therese Andrews (2007) Snøballen som ikke ruller. Utvalgsproblemer i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift, 15:2*
- Vågen, Kjell (2005) *På sporet av en lokal frivillighetspolitikk? En kartlegging av forholdet mellom kommuner og frivillige organisasjoner*. Oslo: Kommunenes sentralforbund
- Wiborg, Agnete (2005) *Flere unge til distriktene? Muligheter og utfordringer for økt til(bake)flytting av unge voksne*. Bodø: Nordlandsforskning
- Wollebæk, Dag og Karl Henrik Sivesind (2010) *Fra folkebevegelse til filantropi? Frivillig innsats i Norge 1997-2009*. Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
- Wollebæk, Dag og Per Selle (2000) *Frivillig innsats*. Bergen: Fagbokforlaget

# Det krevende spennet mellom arbeid, hjemmet og gamle hjelpetrengende foreldre

en hermeneutisk studie om kvinners situasjon i skjæringspunktet mellom yrkesliv og dobbelt omsorgsansvar

**Ingrid S. Berthinussen og Sven-Tore Dreyer Fredriksen**

*Ingrid S. Berthinussen. Universitetet i Nordland, Campus Vesterålen*

*Sven-Tore Dreyer Fredriksen. Universitetet i Nordland, Profesjonshøgskolen*

## **Abstract**

*The aim of this study is to describe how women experience the difficult balancing act of caring for old and frail parents, managing their professional careers and taking care of their own families. Life expectancy has increased in the western world since World War Two, leading to an increasing number of elderly, and elderly with health problems, in need of care and assistance. Additional, health care reforms require the elderly to continue to live in their own homes for as long as possible. Traditionally the daughters often end up with carrying the heaviest load of caring for their parents, with all emotional and physical strains entailed, these two facts creates an additional burden on top of their regular responsibilities regarding family life and career. A qualitative approach was used which includes deep interweaves and hermeneutic analysis. Analyzing the present material we come up with seven sub-themes, and these seven sub-themes crystallized into three main themes: the moral obligations, the anguish and feelings and personal health.*

## **Key words:**

*Relatives, career women's triple role, nursing and caring, old and frail parents, Pårørende, yrkesaktive, kvinners trippelrolle, omsorgsrolle og gamle hjelpetrengende foreldre*

## **Referee\***

## **Introduksjon**

Familieomsorgen er den usynlige omsorgen som knapt registreres i saksbehandling, statistikk eller i utredninger (Stortingsmelding nr. 29 "Morgendagens omsorg" (2012-2013).

Kvinner i det norske samfunnet har ofte ansvar både i eget hjem, samt for egen yrkesmessig posisjon og karriere. I tillegg har mange kvinner i dag også omsorgsansvar for sine syke



hjelpetrengende foreldre. Dette har blant annet sin bakgrunn i at levealderen etter andre verdenskrig har økt. I dag er gjennomsnittsalderen for menn 79,7 år og for kvinner 83,6 år (<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode>). I dette århundre vil vi kunne oppleve at gjennomsnittsalderen for norske menn blir 90 år og 94 år for kvinner. Konsekvenser av økt alder og økt antall eldre gjør at en står overfor nye store utfordringer og endringer i helsetjenesten. Disse utfordringene møtes gjennom politisk styring og endringsforslag som St.meld. nr. 47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen", "Lov om folkehelsearbeid" (2011) og Melding til Stortinget 29 (2012-2013) "Morgendagens omsorg". En av konsekvensene av samhandlingsreformens føringer er et fundament som bygger på en helhetlig behandlingsskjede, samt at eldre skal bo hjemme så lenge det lar seg gjøre (Tingvoll og Fredriksen 2011). En annen konsekvens av disse politiske føringene, som har fått mindre oppmerksomhet, er nettopp belastningen kvinnene/døtrene til gamle syke foreldre må ta av ansvar, samt hva denne belastningen innebærer i hverdagslivet. Et ansvarsområde som innbefatter både daglig omsorg, oppfølging i hjemmet, og/eller hjelp mellom hjem og behandlingsinstanser. Å ta seg av gamle syke over lang tid, ofte med økende grad av omsorgsansvar, øker belastningen på den eldre sykes nærmeste både av praktisk-, kroppslig- og følelsesmessig karakter. Kvinners dobbeltrolle, som yrkesaktiv og omsorgsperson for barn og hjem, er ikke noe nytt i seg selv og omtales blant annet av Simone de Beauvoir (1970) i boken "Det annet kjønn" (1992). Derimot er trippelrollen, hvor kvinner står i skjæringspunktet mellom yrkesliv og et dobbelt omsorgsansvar mindre tematisert.

Det har vært søkt i databasene PUBMED, Helsebiblioteket, Cochrane og Ovid Nursing med søkeordene «triple work AND woman AND elderly parents». Det har også vært gjort søk i Svemed+ med søkeordene «elderly parents» med to treff. Søkene viser begrenset forskning om kvinners trippelroller og mulige konsekvenser trippelrollen kan ha for kvinnene.

Tamakoshi, Ikeda, Fujino, Tamakoshi og Iso (2013) beskriver flere roller, samt sammenhenger mellom disse og selvmord. Forskerne fant at de med trippelroller hadde høyere risiko for selvmord. Menn var mer utsatt enn kvinner og middelaldrende personer var mer utsatt enn eldre. Hashizume (2010) hadde studert yrkesaktive kvinners omsorgsansvar for eldre familiemedlemmer. Med utgangspunkt i den kulturelle bakgrunnen i Japan var hovedfunnet at kvinnene prioriterte hushold og pleie av familiemedlemmene over yrkesliv/karriere og egeninteresse. Til tross for dette opplever omsorgskvinnene seg devaluert av familien/naboer fordi de opprettholder yrkeslivet utenom hjemmet, noe som medfører lav selvfølelse hos kvinnene. Noen av kvinnene mister entusiasmen og gleden over å være framtidige omsorgsgivere. Kvinnene endret også holdningen til eldre fra å være "den viktige eldre" til den eldre personen med behov". Det er noe forskning på datter/ kvinner og omsorgsansvar for eldre foreldre. Mizuno og Takashaki (2005) har i en reviewstudie sett på flytting av foreldre til et av barna i forbindelse med redusert fysisk/mental tilstand og sammenlignet belastningen på datter og svigerdatter.

Kvinneansvar og omsorg har gjennom tidene vært tematisert med ulike tilnærminger. I følge Haug (1990) er relasjonsarbeid og kjærlighet kvinners ansvar. Kvinner representerer kjærlighet, mens menn representerer lov og orden i staten. Det er ikke bare snakk om hva kvinner skal ta av ansvar for, men ansvaret for relasjonene og kjærligheten er kvinners moralske plikt. Haug hevder videre at kvinner og menn sosialiseres til å bli moralske mennesker, og oppdras til en kjønnsbestemt moral. Kvinners ansvar kan ut fra Haug (ibid) forstås som nedarvede praktiske, kjønnsmessige og moralske ordninger som kvinner er sosialisert inn i. En måte å forstå ordninger på er gjennom begrepet habitus. Lilleaas (2005) benytter begrepet habitus om kroppslig beredskap som vane. Habitusbegrepet, som hentes fra

Bourdieu, beskrives som et sett av disposisjoner, tanker og vaner som erverves gjennom praktisk erfaring i et erfaringsfelt (Bourdieu 1993). Habitus kan på et nivå uttrykkes som en følelse av hvilke praksiser som gjelder, samt et system av uskrevne og uutalte regler om hva som er legitimt i feltet. Reglene skaper praksiser/ordninger i følge Bourdieu og disse praksisene betraktes som en form for hverdagsfilosofi. Det er derfor grunn til å stille spørsmålet om hvordan kvinnene selv erfarer disse praksisene i form av hvordan de håndterer et hektisk hverdagsliv med hjem og jobb og i tillegg ha hjelpetrengende foreldre. Med dette utgangspunktet stilles forskningsspørsmålene: Hvordan opplever og erfarer kvinner en aktiv hverdag i spenningsfeltet mellom gamle hjelpetrengende foreldre, jobb og egen familie? Formålet med undersøkelsen er å vinne kunnskap om kvinners hverdagssituasjon i trippelrollen som yrkesaktiv og «dobbel» omsorgsperson.

## Metode

### Design

Studien er en kvalitativ intervjuundersøkelse med hermeneutisk tilnærming. Kvale og Brinkmann (2010) og Fog (1999) definerer et kvalitativt forskningsintervju som en samtale som har til formål å samle beskrivelser av intervjupersoners livsverden og fortolke meningen i den beskrevne livssituasjon som studeres. Kvale og Brinkmann (2010) angir kjennetegn ved det kvalitative forskningsintervjuet. Det er deskriptivt, spesifikt, forutsetningsløst, fokuserte på bestemte temaer, åpen for flertydighet og forandringer, avhengig av intervjuerens sensitivitet, foregår i en menneskelig interaksjon, og det kan være en konstruktiv menneskelig erfaring (ibid: 50-51). Derfor vil denne undersøkelsesmetoden være egnet til å fange opp hvordan informantene håndterer en aktiv hverdag i spenningsfeltet mellom gamle hjelpetrengende foreldre, jobb og familie.

### Utvalg

Utvalget består av ni kvinner i alderen mellom 46 og 67 år (gjennomsnittsalder 55 år). Følgende kriterier ble fulgt for utvelgelse av informantene: skulle ha familie (søsken og egen familie), være yrkesaktiv og ha eldre hjelpetrengende foreldre. Informantene i utvalget har mann/samboer, barn/ bonusbarn, barnebarn/ bonusbarnebarn. Informantene er enten lillesøster, midt i søskenflokket, eller storesøster. Åtte av informantene har både søstre og brødre, noen i nærheten og noen bor andre steder i landet. Den niende informanten hadde nylig mistet sin søster og var det eneste gjenlevende barnet. Informanter som ble ekskludert fra studien var kvinner som tidligere hadde vært pårørende, og hvor foreldrene nå var død. Foreldrenes diagnose er ikke gitt fokus i denne undersøkelsen. Informantene ble rekruttert gjennom annonse i en avis. Annonsen inneholdt informasjon om prosjektet, hvem som stod bak, hva formålet med prosjektet var og kontaktinformasjon. Aktuelle informanter tok kontakt etter at de hadde lest annonsen. Fordelen med selvrekruttering er at visse kriterier er oppfylt i utgangspunktet. Man kan da få avstemt en ide med noen nøkkelpersoner tidlig i en forskningsprosess, og gir intervjuobjektene mulighet til å utdype sine opplevelser og erfaringer, noe som gir mulighet for oppfølgingsspørsmål både fra intervjuer og informant. Kvinner som er interessert tar kontakt. Ulempen er at informantene kan prøve å leve opp til har ansvarsfulle og krevende jobber. Tre kvinner er statlig tilsatt, en fylkeskommunalt forskerens forventninger, heller enn å presentere holdninger og erfaringer de faktisk har.

Informantene i studien og to kommunalt ansatte. Tre av kvinnene jobber i det private næringsliv, en som daglig leder, en som mellomleder og den tredje jobber i produksjonen og var i tillegg tillitsvalgt. Syv av informantene har lang arbeidsvei (fra seks til 11 mil daglig). Fem av kvinnene er aktive i lokalsamfunnet i lederverv, i musikkforening, eller synger i kor. De forteller at dette er en måte å overleve på når hverdagen tynger på grunn av mange gjøremål. De andre fire har bortprioritert vennskap og deltakelse i samfunnslivet på grunn av at de ikke har kapasitet.

Alle informantene er pårørende til gamle hjelpetrequende foreldre i tillegg til å ha fulltidsjobb (100 % stilling) og egen familie. I materialet har en av kvinnene «ansvaret» for en pappa (enkemann), og en har ansvar for et foreldrepar. De andre syv kvinnene har ansvar for mødre som alle er enker. Tre av mødrene til informantene bor hjemme i eget hus, et foreldrepar bor i omsorgsleilighet og de resterende seks ble innlagt fra hjem til sykehus i intervjuperioden på grunn av sykdom og deretter overført til sykehjem. Foreldrene er mellom 74 år og 93 år (gjennomsnittsalder 87 år).

### **Datainnsamling**

Førsteforfatter (ISB) gjennomførte intervjuene, og alle intervjuene ble gjennomført utenfor hjemmet og arbeidsplass til informantene. Alle intervjuene hadde en varighet på ca. 90 min. I intervjusituasjonen ble det lagt opp til en åpen samtale hvor det ble benyttet en intervjuguide. Intervjuguidens temaområder var: søsken og samarbeid, hvordan er en vanlig uke, det fine med å være pårørende, det som kan være slitsomt, er det tider hvor du har hatt lyst å gi opp, sykemeldinger, kjennskap til stønader, permisjoner, og behovet for pårørendekurs. Det ble anvendt båndopptaker og intervjuene er transkribert ordrett.

### **Forskningsetikk**

Informantene som deltok fikk utdelt informasjonsskriv med samtykkeerklæring da de møtte til intervju. Det ble også gitt muntlig informasjon om hensikten med studien og premissene for deltagelse og friheten til å trekke seg. Alle informantene ga skriftlig samtykke til å delta. Studien er godkjent av Personvernombudet/Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD).

### **Analyse**

I følge Kvale og Brinkmann (2010) starter analyseprosessen allerede i intervjusituasjonen. Sentralt i analyseprosessen er å lese tekstene grundig med et fortolkende blick både sett i lys hva som kom fram som helhet i intervjusituasjonen og i forhold til fortolkningsarbeidet med datamaterialet. Analysen av selve datamaterialet omhandler tre analysefaser; fase I: egenforståelse (self understanding), fase II: allmenn forståelse (common sence) og fase III: teoretisk fortolkning (theoretical interpretation). I fase I inngår å summere opp hva informanten selv forstår med intervjuene i en fortettet form. En slik forståelse blir utarbeidet gjennom å lese intervjuene grundig og trekke fram hovedinntrykkene fra materialet i en fortettet form.

I fase II går en ut over det informantene forstår ved at forskeren anvender egen kunnskap og forståelse i fortolkningsprosessen på et allment nivå. Analysefasen ble gjennomført ved at

meningsenhetene i datamaterialet ble identifisert og kodet. Deretter ble det gjort en fortolkning av meningsenhetene der hensikten var å få fram materialets struktur og common sense i form av undertema og tema.

I den III og siste analysefasen benytter forskeren et teoretisk kunnskapsperspektiv for å fortolke meningene i utsagnene. Målet er å gi døtre et større kunnskapsgrunnlag for å kunne ivareta egen helse på en best mulig måte. Fase I og fase II i analysen er i artikkelen presentert i funndelen, mens fase III utgjør diskusjonsdelen.

Førsteforfatter (ISB) har gjennomført datasamling og har hatt hovedarbeidet når det gjelder fortolkningsarbeidet. Andreforfatter (STDF) har også lest og fortolket materialet med hensikten og kvalitetssikre fortolkingene slik at de innholdsmessig er i samsvar med datamaterialet.

## Funn

Gjennom analysen av materialet har det framkommet syv sub-tema. På bakgrunn av disse sub-temaene ble det analysert fram tre tema: det moralske ansvaret, fortvilelsen og følelsene og helsa (Tabell 1).

Tabell I Oversikt funn

Sub-tema	Tema
Å være pårørende	Det moralske ansvaret
En søster tar ansvar	
Foreldre har førsteprioritet	
Skal vi snakke høyt om det?	Fortvilelsen og følelsene
Rettighetene som pårørende	
Å bli sykemeldt er skammelig	
Det går på helsa løs	Helsa

### Det moralske ansvaret

Alle kvinnene fremhever hvordan de fordres på det moralske ansvaret i forhold til sine foreldre. Det moralske ansvaret kommer fram på ulike måter i bevegelsen mellom familieliv, arbeidsliv og omsorgsansvaret for forelder(ene).

#### Å være pårørende

Kvinnene har et sterkt ønske om å hjelpe forelder(e) nettopp på grunn av omsorgen og ansvaret hun har gitt døtrene. Flere av kvinnene sier at: ”... *mamma har alltid vært der*”. Dette kan forstås som at det ligger et ansvar hos døtrene i forhold til å kunne bidra tilbake.

Det finnes allikevel en nyansering i forhold til hvordan kvinnene opplever det å måtte forholde seg til sin(e) gamle forelder(e). ”*Det fine med å være pårørende er når jeg ser gleden i blikket hennes når jeg kommer*”. Det kan virke som om at kvinnene finner en slags felles fortrolighet i møte med hverandre. En annen måte å forstå denne opplevelsen på er å få tilhørigheten bekreftet fra en mor som ikke lengre befinner seg i den nære familiekonteksten.

En annen informant spør seg selv og svarer samtidig på eget spørsmål:

*”Er det noe som er fint med å være pårørende? Alt er trasig. Nattesøvnen min er ille ... og jeg sitter i alle fall 2,5 timer på sykehjemmet hver dag...”*

Denne informanten synes å oppleve belastningen med å være pårørende så stor at den utgjør en totalitet som kun er negativ påkjønning at selv nattesøvnen påvirkes. Hvilket språk som legges til det å forholde seg til den eldre hjelpetrengende har også betydning i tilnærmingen som pårørende. En annen kvinne forteller:

*”Jeg har ikke definert meg som pårørende, men som en familierelasjon da det ligger mer plikt og ork i det å være pårørende.”*

Når kvinnen benytter begrepet familierelasjon synes det som at det er en måte å distansere seg fra det nære som legges i pårørende. Det kan også virke som om en kan «gjemme» seg i familierelasjonen mere enn når en betrakter seg som pårørende og på den måten stille seg selv utenfor plikter og krav hun opplever og erfarer.

Frustrasjonen over å være pårørende framkommer også på en annen måte. Kvinnen sier videre at:

*”... døtre vil oppleve større belastninger ved å utføre denne omsorgen enn de som opplever tilfredshet med å ha rollen. Jeg er vel registrert som pårørende siden de alltid ringer til meg fra sykehjemmet når det er noe”.*

I denne settingen framstår det som at informanten setter belastningen ved å være pårørende i forhold til lyst, eller ulyst. Dette kan tolkes dithen at hun erkjenner det at hun faktisk står i en situasjon som hun er bundet til og av.

### **En søster tar ansvar**

At en søster skal ta ansvar i forhold til forelder forventes ofte i søskenflokket. En informant uttrykker dette slik:

*”... jeg er bare en selvfølge... når det er krise i hjemmet... dag eller natt... da må den store stygge ulven stille opp...”*

Det kan virke som om at denne kvinnen er «kneblet» i forhold til forventningene som kreves av hennes medsøsken i forhold til å stille opp å ta ansvar.

*”Når mamma er på ”kjøret” og ikke svaret på telefonanrop da ” er jeg god nok for dem” poengterer hun.*

Forskjellen mellom søsken i forhold til å ta vare på den eldre forelder varierer. De uttrykker irritasjon, urettferdighet og mye ansvar.

*”... den eldste broren min ønsker å ha et avstandsforhold til mamma og bror nummer to er tøff og sier at han vil ikke bli spist opp...”*

Det kan virke som disse to brødrene har tatt et klart standpunkt i forhold til involvering i situasjonen til sin mor. Et standpunkt som kan tyde på ei klar vektlegging i forhold til egne liv og egne valgte prioriteringer som motsetning til at morens situasjon skal ta fra dem selvstendigheten over tida. Denne motsetningen kommer enda tydeligere fram når en av brødrene videre sier: ”... *det å ha dårlig samvittighet, det preger deg i alt du skal gjøre, og ikke det du selv prioriterer*”. Dette kan forstås som at distanseringen broren uttrykker ikke bare omhandler å stille seg utenfor det å ta ansvar, men også en form for moralisering som overføres til søsteren som står midt i dette ansvaret. I en slik forståelse framkommer en fortolkning som omhandler at broren projiserer egen dårlig samvittighet over til søsteren i form av angrep på samvittigheten.

Ansvar for kvinnene er ikke bare det å forholde seg til det praktiske i situasjonen, men også det moralske, og en annen datter sier følgende:

*”Jeg flyttet hjem for å hjelpe til, og broren min er ubehjelpelig og trår ikke til i omsorgssituasjoner... både broren min og pappa ”suger krefter” ut av meg. Jeg flyttet hjem da pappa ble enkemann... og etter en tid måtte han ha mer og mer hjelp. Det var et vanskelig valg familien tok, vi sa opp spennende og godt betalte jobber. Barna forlot venner, skole og aktiviteter. Broren bor fortsatt i byen... og vi har forskjellige personligheter...”*

Dette utsagnet kan forstås som oppgitthet med å være tilstedeværende, og språkbruken hennes kan tyde på at hverdagen er en kamp for å makte tilstedeværelse der det kreves både i arbeidslivet, familielivet og i omsorgsansvaret for foreldre.

Det som framkommer fra kvinnene er at de tar ansvar for barn, for familie og ansvar for at de gamle får tilsyn. De trøster, tar vare på de andre, og de er bærebjelken i familien. Kvinnene i denne undersøkelsen synes å bære en spesiell samvittighet og lojalitet overfor foreldrene framfor sine søsken.

*”Søstra min har en sterk personlighet og hun har aldri sagt at det er flott at jeg er nær mamma. Jeg ba henne komme hjem å avlaste meg fordi datteren min som bor i en annen by ønsket at jeg skulle være til stede da hun fødte. Søsteren min kom ikke. Hun bryr seg ikke og er mest opptatt av akademia. Jeg ligner på mamma og vil unngå konflikter og ubehageligheter.”*

Det kan synes som at informantene bærer en form for omsorgskontinuitet, mens deres søsken i mindre grad ivaretar og bortprioriterer denne kontinuiteten.

En annen informant sier:

*”Søstra min og mamma har aldri hatt et godt forhold og dermed faller mange oppgaver på meg... og hun husker det.”*

Dette kan tyde på at opplevelser fra barndommen har skapt følelser og avstand, noe som kan vare livet ut for både mor og datter.

### **Foreldre har førsteprioritet**

Ukedagene er fullbooket. I tillegg til jobben er det besøk på sykehjem, hjemme hos foreldre eller i omsorgsbolig hver dag. Dem prøver å få tid til barnebarna i alle fall en dag i uka, men generelt sett så settes egen familie til side og gamle foreldre har førsteprioritet. Arbeid i

hjemmet er lagt til side, og andre arbeidsoppgaver kommer når de får tid. Alle fridagene brukes til å hjelpe. De aller fleste informantene sier: ”*Jeg er hos mamma hver eneste dag etter arbeidstid*”. Åtte av ni døtre har bortprioritert seg sjøl for å få hjulene til å gå rundt. En av kvinnene forteller:

”*Da hjemmesykepleien var kommet i gang ble pappa akutt syk, rett fra hjemmet og til sykehus... rett til avlastning og langtids plass på et sykehjem mot hans vilje og da gikk han rett inn i en depresjon...*”.

Dette kan forstås som at livssituasjonen til informantene styres av endringene i livssituasjonen til foreldrene og bestemmer prioriteringene for kvinnene.

Informantene har klare meninger om hvorfor de må hjelpe til og prioritere foreldrene.

”*Dersom ikke mamma hadde fått plass på sykehjemmet måtte jeg ha flyttet til henne. Når jeg er ferdig på jobb kl 16.30 kjører jeg direkte til henne... hun er jo mammaen min selv om folk sier at jeg må huske på at hun begynner å bli gammel... hun er en del av mitt liv og min hverdag*”.

Kvinnen synes å gripe fatt i noen grunnleggende fakta ved morens tilværelse. Hverdagens opplevelser blir viktige på en annen måte en tidligere når gamle foreldre blir hjelpetrengende. Det synes som om at moren ikke bare er mamma, men at hun også gis de viktigste prioriteringene i informantenes hverdagsliv.

Det er ulike grunner til at døtre prioriterer hjemmebesøk hver ettermiddag etter arbeid, og en informant forteller: ”*Mamma er alkoholiker, hun drikker alene og det er knalltøft... hun klarer seg egentlig godt hjemme ... men jeg kjører innom henne hver ettermiddag etter arbeid*”. Her kan man tolke det slik at kvinnen opplever et stort moralsk ansvar og hun må hver eneste dag etter arbeid sjekke morens situasjon.

Det er ulike utsagn fra kvinner om hjelp og støtte fra mann/ samboer. En informant uttrykker det slik: «*Mannen min er flink til å hjelpe til i hjemmet...*» og en annen kvinne sier «*han er som mannfolk flest da han har et annet syn om hvordan man skal forholde seg til gamle hjelpetrengende foreldre*». Det virker som at det er variasjon fra kvinne til kvinne om hvor mye støtte de får fra mann/ samboer i hjemmet.

Barnebarn nevnes av alle som et stort savn og en informant sier: «*Jeg har ikke tid selv om barnebarnet bor ti minutter bort*» og en annen sier det slik ”... *jeg ser mørkt på situasjonen...*”

Det kan virke slik at både tid og nærhet til barnebarna spiller liten rolle, det er foreldrene som gis fokus og prioritet.

## **Fortvilelsen og følelsene**

Kvinnene har mange meninger og reaksjoner om fortvilelsen og følelsene de opplever og hvordan de forholder seg til opplevelsene.

### **Skal vi snakke høyt om det?**

Informantene er i hovedsak svært åpne om deres følelser og reaksjoner på det å være omsorgsperson for foreldre. Noen hadde vært på kurs og fremhever at det å dele bekymringer/påkjenninger med noen gir dem styrke, trivsel, mestring, overskudd og støtte i hverdagen. En av informantene som ikke har vært åpen med sine reaksjoner sier at: *”...det kunne ha hjulpet meg»*. Det synes som at fellesskap og det å dele erfaringer letter situasjonen for kvinnene.

Flesteparten av informantene foreslår at der må være psykolog som kan snakke om følelser, dårlig samvittighet, skamreksjoner... og om døden. Noen informanter forteller: *”... man forebygger nerveproblemer og kan etablere vennskap”*. Situasjonen flere av kvinnene er i virker så krevende at de mener å ha behov for profesjonell hjelp for å håndtere livene sine på en tilfredsstillende måte.

Informantene er også opptatt av holdninger og kompetanse til fagpersonene som er involvert i situasjoner med foreldrene.

*”Det er mangel på kunnskap i eldreomsorgen i dag, og det er mange utbrente folk. Jeg ønsker derfor å ha med en sykepleier som elsker jobben sin, ei som brenner for at det skal bli kvalitet, - få snudd holdningene. Jeg vil ikke hatt noen som hadde boklig kunnskap, jeg ville hatt noen som hadde erfaringsbasert kunnskap. Man kan lese seg til mye kunnskap, men man kan ikke lese seg til erfaringer”*.

Det kan virke som at informantene uttrykker et stort ønske om at erfarne og engasjerte sykepleiere, med god solid praksiserfaring og innsikt, kunne bidra med kunnskap om hva pårønderollen innebærer. Dersom sykepleiere viser ansvar og engasjement kan dette bidra til å avlaste informantenes belastninger.

### **Rettigheter**

Åtte av ni informanter viser lite engasjement om pårørendes rettigheter og stønader i forhold til de omfattende omsorgsoppgavene de har. Kvinnene i denne studien forteller om store belastninger. Noen av belastningene kan være grunnlag for å utvikle helseproblemer. Ingen forteller om at de har tilrettelegging i arbeidssituasjonen, eller at de har søkt om bidrag fra velferdsordninger. *”Jeg kunne søkt om omsorgsstønning, men det ligger langt inne hos meg fordi da må andre overta jobben min”*. En kan forstå dette som et dobbelansvar, nettopp at det rettighetene blir satt til side framfor en sterk ansvarsfølelse både i forhold til seg selv, og i forhold til sine kollegaer.

Informantene kjenner også til dette med rettighetene de har i arbeidssituasjonen: *”... jeg har ikke sjekket ut, men tror det er noe som heter omsorgspermisjon, og at man kan være hjemme en måned med full lønn”*. Informantene forteller også at de er klar over forskjeller på rettighetene i det offentlige og det private, men til tross for det lar de vær å anvende ordninger:

*”Jeg jobber i det private næringsliv og blir trukket i lønn når jeg skal følge mamma og pappa til legen, men søsteren min som jobber på sykehus fikk fri ei uke med lønn da mamma brakk lårhalsen.”*



Det virker som om kvinnene har oversikt over rettighetene sine som eksempelvis omsorgspermisjon, men har en form for avstand fra å benytte seg av ordningen.

### **Å bli sykemeldt er skammelig**

Informantene forteller om at kroppen reagerer negativt på den store belastningen og ender opp med mangel på søvn, samtidig understreker kvinnene at de egentlig har god helse. De understreker at til tross for sine små eller store plager, så har de ikke vært sykemeldt. De snakker med en triumferende tilfredshet om at de klarer å takle og håndtere den slitsomme og tøffe jobben som pårørende etter arbeidstid. En informant sier at:

*”Det vil være skammelig å bli sykemeldt, og så lenge jeg holder det gående så holder jeg det gående... og slakker jeg av så faller jeg i bakken, og det er jeg redd for, og skulle jeg bli sykemeldt så vil det ikke gå mange dagene før jeg datt lenger ned. Selvfølgelig får folk lov til å være syk... men jeg synes at det å bli sykemeldt er et nederlag”.*

En annen sier:

*”Etter et møte med fagfolk tok jeg timeout noen måneder, var ikke sykemeldt, men var nødt til å ha litt luft og avstand. Jeg hadde det rett og slett jævlig, men samtidig var det godt og bare kutt ut.”*

Dette kan forstås som at kvinnene står i situasjonen så lenge kreftene holder. Det virker også som at det er en form for selvoppretholdelsesdrift i det å kunne mestre alle oppgavene og at motsetningen oppfattes som en form for svakhet, nederlag og skam. Dette bekreftes også når informantene sier: *”Familiene våre likte ikke dette. Det var et stort nederlag og ikke klare å håndtere alt”.* Det kan virke som at presset på informantene ikke bare kommer fra omsorgsansvaret med foreldresituasjonen, men også fra kvinnenens familiemedlemmer.

## **Helsa**

Kvinnene står i komplekse og utfordrende situasjoner som de på ulike måter mener har konsekvenser for deres helse. De håndterer dette på ulike måter.

### **Det går på helsa løs**

Informantene skisserer at de helst skulle ha vært roboter for å få alle timene i døgnet til å gå opp. Flere av informantene har stått på i mange år og noen uttrykker seg slik:

*”Jeg er mett på gamle, mamma og jobben min med gamle. Det er en stor belastning å være på jobb og så ringer de at jeg må komme. Jeg ble maktesløs, helt uten initiativ, uten krefter og gråt og gråt, og jeg som var så sterk. Jeg har alltid trent mye, men så klarte jeg nesten ikke gå opp trappa... men jeg tok en del grep... legen så meg, og hun tok ansvaret for meg...”*

Det synes som at situasjonen griper kvinnene så sterkt og omfattende at situasjonen blir fastlåst og vanskelig å håndtere. Informantene virker å være i en situasjon der helsa trues av potensialer både emosjonelt og når det gjelder krefter.

Andre informanter opplever også sinne og sterke emosjonelle reaksjoner som dilemma:

*”Jeg bor i et fengsel fordi mamma er så depressiv og vi bor så nært, og jeg blir så sliten... hun bare gråter og gråter til meg, og ikke til de andre... hun bruker psyken veldig mot meg. Jeg blir sint og da kommer ironien min og jeg får dårlig samvittighet etterpå. Det er dager hvor jeg er amper og irritert, og jeg klarer ikke gå til henne, – det koker inni meg. Legen sykemeldte meg på grunn av hoftesmerter og jeg løy og orket ikke å fortelle hva som var årsaken, - jeg hadde ikke energi, men min sjef så meg og forstod”*

Kvinnene blir utsatt for store emosjonelle belastninger noe som synes å medføre et dilemma, nettopp mellom egne reaksjoner og plikten til å skulle hjelpe. Sykdom virker å være et stort aber og svakhetstegn for informantene. Sykdom kan kanskje av enkelte ikke bare oppfattes som kroppslig svakhetstegn, men også som personlig svakhet. Hos alle informantene virker det som at de å bli sett og forstått av andre virker forløsende.

Noen av informantene hadde tanker om at nå gir jeg opp, jeg orker ikke mer, klarer ikke mer, og flere skildrer ulike utsagn om det at nå er det nok. En informant sier:

*”Det er slitsomt, og det er lang vei å reise, en vanskelig situasjon og mamma har fått det så ille, og hun som ikke ville ha det slik ( ...) Jeg opplever å bli straffet... jeg snakker til mamma og hun svarer meg ikke, og jeg blir i ubalanse fordi jeg vet at hun kan snakke. Søsteren min døde ..., og jeg må stille opp, det er ikke vondt å være hos mamma, det er trist og kaotisk.”*

Det virker som at informanten har et sterkt engasjement i forhold til morens situasjon, men som går på bekostning av hennes egen helsetilstand. Det kan synes som at morens tilstand og situasjon har påvirket kvinnen til å utvikle en negativ depressiv tilstand da all energi og ork er lagt ”på hylla”.

Til tross for de belastende situasjonene informanter befinner seg i er de også opptatt av å ta vare på egen helse for å klare å mestre hverdagens trivialiteter. De nevner at vennskap har en forebyggende effekt, og at ingen ting er så godt som å snakke med venninna si, da kan de sette ord på ting. ”... det er luksus å gå tur mandagskvelder... vi prater... gråter... ”. Det virker som at kvinnene benytter spesielle «kanaler» for å få utløp for situasjonen de er i for å ivareta sin helse.

## Diskusjon

Kvinnene som er i spennet mellom familieomsorg, arbeidssituasjon og ansvar for eldre hjelpetrequende foreldre erfarer sin situasjon som en form for ulike praksiser preget av; et stort moralsk ansvar, fortvilelse og følelsene, samt de opplever at situasjonen går på helsa løs. Hos kvinnene kommer det moralske ansvaret fram gjennom det å være pårørende. Det gjør de gjennom å gi noe tilbake og knytte foreldrene til seg for å bekrefte de som en del av familiekonteksten. Kjønnssosialisering kan sees som et sett av kroppslige disposisjoner der kvinnenes individuelle og kollektive historie, eksempel i familiesammenheng, skaper strukturene for hva som blir foretrukket, eller ikke foretrukket (Kvamme 2000). En kan undre seg om kvinnene som sosialisert ”produkt” påvirker kvinnene/døtrene til å ta ansvar for andre, og hele tiden er på vakt overfor andres behov. Mange kvinner føler at det på et plan er bra å være noe for andre, men på en annen måte opplever de at det ikke nødvendigvis er bra for dem selv (Lilleaas 2005). Kvamme (2000) hevder at kvinnen som ”produkt” av historien preges av habitus som et åpent system, eller disposisjoner som er åpen og som hele tiden står ovenfor nye erfaringer og utfordringer. Kvinnene erfarer at foreldreansvar utgjør et totalt omfang av negative påkjenninger. Andre kvinner nevner at de er bundet til situasjonen og det

daglige omsorgsansvaret i motsetning til bare å ha en «rolle» som pårørende. Kvinnene i denne undersøkelsen uttrykker at de har en opplevelse av å være styrt av forventninger fra søsken. Når kvinnene erfarer at omsorgsansvaret for hjelpetrequende foreldre ikke er bra for deres situasjon kan dette sees som at kvinnene ikke bare står i en konflikt mellom egen sosialisering og gjeldende habitus, men de gjør også opprør imot disse ordningene. En måte som dette opprøret kommer fram på i forhold til familiesammenhengen er når kvinnene hevder at de som døtre tar ansvar, mens brødrene deres frasier seg ansvaret gjennom å projisere egen dårlig samvittighet over til sine søstre noe som tydelig forsterker belastningen hos omsorgskvinnene. Erfaringsbelastningen medfører at kvinnene i studien går inn i et rolle- og følelseskaos. I dette kaoset ligger flere roller og flere krav fra både dem selv, og fra mor og/eller far. Kvinner er ofte kjent for å være alterorientert. Bourdieus (1993) habitusbegrep er i denne sammenhengen interessant og relevant, da han hevder at noen vaner er vanskeligere enn andre å endre fordi de er dypt innarbeidet i mennesket. Med utgangspunkt i denne forståelsen av habitusbegrepet vil endringer av det kvinnene over tid er «vevet inn i» innebære en dypere forandring som ikke bare kan la seg endre gjennom ytre motivasjon, men et endringsarbeid som stiller store krav til omgjøring av verdier og strukturer i dagliglivet.

Funnene viser døtrenes trippelarbeid, og at de er involvert i mange gjøremål og økt ansvar både i forhold til enkeltsituasjoner og kontinuiteten. Ordningene krever kvinnene i så stor grad at de legger eget liv på vent. Gamle foreldre har førsteprioritet etter at arbeidsdagen er slutt. Det er ingen forskjell om mor/far bor hjemme i eget hus, omsorgsbolig eller i sykehjem. Dette kan forstås i lys av Haug (1990) som hevder at kvinner representerer kjærlighet og omsorg som en kontrast til lov og orden som utgjør den maskuline karakteren. Alle kvinnene har søsken, men likevel virker det som et "tilfeldig kall" at omsorgspersonene blir stående alene med mye ansvar. Kvinnene synes å være underlagt uuttalte ordninger hvor de implisitte verdiene er knyttet til en egen struktur av lov og orden. Denne strukturen av underliggende ordninger i former av lov og orden representerer en form for paternalisme (maskulin verdisetting) overfor kvinnenes liv, livssituasjon og rettigheter til å gjøre egne valg (Martinsen 2003). En slik paternalisme vil sette kvinnene i avmakt overfor ordningene og også i forhold til familiestrukturen og som naturligvis medfører emosjonelle reaksjoner både i forhold til seg selv og mot omgivelsene. En slik avmakt spiller også inn i forhold til kvinnenes posisjon og rett i forhold til rettighetene som pårørende når deres gamle foreldre kommer inn i behandlingssystemet.

Kvinnene utsettes for en form for bundethet i habitusordningene, noe som de hevder går på helsa løs. Lilleaas (2005) bruker begrepet kroppslig beredskap for andre, et kontinuum av beredskap for å opprettholde habitusordningen. Dette begrepet beskrives av Lilleaas (2003) som en kroppserfaring, en form for plikt og ansvarsfølelse for andre. Kroppslig beredskap kan beskrives som en på- vakt- situasjon som alle mennesker har innbygget, eller har tilgang til som en måte å fornemme farer på. Kvinnene i denne undersøkelsen uttrykte at det var både behagelig og ubehagelig følelser som var knyttet til å være i kroppslig beredskap for andre samtidig var døtrene fortvilet over at de ikke maktet å være datter, kone, mamma og bestemor. I Stortingsmelding 29 «Morgendagens omsorg» (2012-2013) tematiseres pårørendes situasjon og viser til at det må gjøres betydelige endringer, blant annet utvikles permisjoner og trygdeordninger. Kvinnene er lite orientert om de allerede nåværende ordninger som er til for dem og benytter ordningene lite.

Det er en stor utfordring å utvikle en pårørendepolitikk som kan styrke samarbeidet mellom offentlig og uformell sektor. En annen utfordring er «å se hele» familien slik at man kan unngå at det er kvinner alene som må bære ansvaret for gamle hjelpetrequende foreldre.

Stortingsmelding 29 «Morgendagens omsorg» (2012-2013) viser til at pårørende til eldre i hovedsak består av ektefeller, barn og barnebarn. Der vises det til nyere forskning som hevder at familieomsorg til eldre ikke gir svekket livskvalitet for de som gir omsorg, med unntak av kvinner med lav utdanning. Videre står det også at kvinner som gir omsorg deltar mindre i arbeidslivet. Disse aspektene står i klar kontrast til funnene i denne studien, hvor kvinnene bærer et tungt omsorgsansvar i trippelrollen som både truer og har innvirkning på deres totale helsesituasjon.

I følge Samhandlingsreformen (2008-2009) er målet å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre, og det vektlegges at kommunene selv må sikre at ressurser og kompetanse utnyttes på en best mulig måte. I Lov om folkehelsearbeid (2011) vektlegges det at kommunene skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse/forebygge sykdom og hindre uhelse. En strategi kommer fra kvinnene selv som anbefaler at det arrangeres gratis pårørendekurs i kommunal regi. Kvinnene poengterer at de ønsker å møte likesinnede og bli kurset av erfarne og engasjerte sykepleiere og psykologer. En av dem uttrykte det på følgende måte «...for da kan man snakke om følelser, dårlig samvittighet ... og om døden».

## Sammendrag

I følge Bourdieu (1993) er habitus vanskelig å bryte, men dype vaner kan endres under visse betingelser. Derfor må kvinners erfaringer gjøres mer kjente og knyttes aktivt inn mot politiske føringer. Denne studien viser at kvinner utøver pårørenderollen til gamle foreldre som nødvendig og unnværlig. Kvinner viser et sterkt engasjement som vekker deres moralske ansvar, påvirker deres hverdagsliv emosjonelt og som igjen går på bekostning av deres egen helsetilstand.

Det trenges mer kunnskap om kvinner situasjon i skjæringspunktet mellom yrkesliv, familieliv og omsorgsansvar. Kunnskapsaspekter som aktualiseres som forskningsområder er hvordan ulike habitus skapes som ordninger i skjæringspunktet mellom trippelrollene og hvordan disse ordningene virker inn i forhold til enkeltdimensjonene og som helhet i forhold til omsorgsansvar. Et annet aspekt vil i så måte være hvordan menn forholder seg til disse ordningene både når det gjelder holdninger og konkrete handlinger. I lys av de helsepolitiske reformene vil et interessant område være hvordan kvinnehelsen påvirkes av samfunnsendringer.

## Litteraturliste:

- Beauvoir, S. d. (1992) *Det annet kjønn*. Oslo, Pax forlag A/S
- Bourdieu, P. (1993) *Outline of a theory of practice*. Cambridge, Cambridge University Press
- Fog, J. (1999) Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview. København, Akademisk forlag
- Haug, F. (1990) «Moralens tvekjønn» *Sosiologi i dag*. 3:12-24
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008-2009) «*Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted til rett tid*». St.meld. nr. 47 av 19. juni. Oslo, Helse og omsorgsdepartementet
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) «*Lov om folkehelsearbeid*». Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet

- Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013) Stortingsmelding 29. «*Morgendagens omsorg*». Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet
- Martinsen, K. (2003) *Fra Marx til Løgstrup*. Oslo, Universitetsforlaget
- Hashizume, Y. (2010) Releasing From the Oppression: Caregiving for the Elderly Parents of Japanese Working Woman. *Quality Health Research*, Jun;20(6):830-44
- Mizuno, T. og Takashaki, K. (2005) Caring for a Yobiyose-rojin: a comparison of burden on daughters and daughters-in-law. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(6):15-21 (review)
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2010): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Akademiske forlag (2. utgave)
- Kvamme, E.M. (2000) *Ærefullt arbeid og hellig trøtthet. En undersøkelse om trøtthet blant hjemmehjelpere og sykepleiere*. Hovedfagsoppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo
- Lilleaas, U.B. (2003) *Fra en kropp i ustand til kroppen i det moderne*. PhD-avhandling. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Oslo, Universitetet i Oslo
- Lilleaas, U.B. (2005) Kroppslig beredskap som vane. *Sosiologisk tidsskrift*, 13:183-190
- Tamakoshi, A., Ikeda, M., Fujino, Y., Tamakoshi, K. og Iso H. JACC Study Group (2013). Multiple roles and all-cause mortality: the Japan Collaborative Cohort Study. *European Journal of Public Health*, Febr; 23(1):158-64
- Tingvoll, W.A., Fredriksen, S.T.D. (2011) Individuell tilretteleggelse for eldre pasienter etter sykehusopphold - en fenomenologisk- hermeneutisk studie basert på erfaringer fra sykepleieledere i kommuner. *Vård i Norden*, 3:40-44
- <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode>

## ”Vi går inn i det private rommet til pasienten”.

Sykepleieres erfaring med helsefremmende arbeid i somatiske polikliniske

### **Anne Svelstad Evju, Gøril Salomonsen Klette, Anne Kasen og Terese Bondas**

*Anne Svelstad Evju, sykepleier, Høgskolelektor ved Avdeling for helse og samfunn, Høgskolen i Narvik*

*Gøril Salomonsen Klette, sykepleier, Lektor ved Bodø videregående skole, Helse og oppvekst*

*Anne Kasén, HVD, HVL, HVM, sykepleier, Første amanuensis, Universitetet i Nordland, Akademilektor, Enheten för vårdvetenskap. Åbo Akademi, Vasa, Finland*

*Terese Bondas, Professor, HVD, HVL, HVM, sykepleier, Universitet i Nordland*

#### **Abstract**

##### ***Nurses experiences of health promotion with patients in somatic outpatient clinics***

*The aim is to describe and understand nurses' experiences of health promotion with patients, who have been recommended to change their lifestyles when cared for in outpatient clinics. Semi-structured in-depth interviews were carried out with a sample of 7 nurses, who cared for patients, suffering from diabetes, obesity and COPD. A qualitative content analysis was used. The findings highlight the importance of creating trust to gain insight into the patient's way of living, which is referred to as 'the patient's private health space'. The change interventional dialogue between the patient and the nurse was created by mapping out the patient's potential for change, and by trying to make the patient responsible for their lifestyle by continuous follow up, long-term support and guidance. The nurses viewed individual adaptation of health promotion in relation to each patient as essential. The patients are challenged to use their own resources and are guided in regard to their own goals. The nurses role as the activator of change is important.*

#### **Key words;**

*Health-promotion- nursing; lifestyle- change; helsefremmende-sykepleie; motivasjon; livsstilsendring.*

#### **Referee\***

## Innledning

I alle deler av helsetjenesten møter sykepleiere pasienter som utfordres i å endre levevaner, og som trenger støtte og oppfølging underveis i endringsprosessen. I den nye folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011) er helsefremming vektlagt som like viktig som å forebygge sykdom. Der beskrives målet om å øke befolkningens kompetanse forbundet med å endre levevaner. Forskning gjort i kommunehelsetjenesten viser at sykepleiere spiller en viktig rolle i møte med disse pasientene. De har en grunnleggende kompetanse knyttet til helse, kosthold, vekt, fysisk aktivitet og andre livsstilsfaktorer (Whittemore, Melkus, Wagner, Dziura, Northrup & Grey 2009). Sykepleiere har tradisjonelt vært opptatt av å pleie den syke, selv om helse har vært et sentralt begrep og forskningsområde innen sykepleievitenskapen (Orem 2001; Benner & Wrubel 2001; Eriksson 1989). Det hevdes at sykepleierne ikke har vært bevisste på sin naturlige rolle i det helsefremmende arbeidet, og av den grunn ikke blitt inkludert av andre yrkesgrupper (Whitehead 2006). «Fremme-helse-sykepleieren» har mindre utbredelse i det norske sykepleiefaglige miljøet enn den delen av sykepleien som er rettet mot å pleie den syke (Berg 2007; Gammersvik & Alvsvåg 2009). Vi vil derfor i denne studien beskrive hva sykepleierne selv ser som meningsbærende i sin pleie for å fremme pasientenes helse.

Tenkningen i norsk folkehelsepolitikk bygger på ideologien i Ottawa-charteret (WHO 1986), der man har til hensikt å dreie fokuset mot hva som kan bidra til å fremme helse i stedet for å forebygge sykdom. Helsefremmende beskrives her som "en prosess for å muliggjøre for mennesket å forbedre og øke kontrollen over egen helse" (WHO 1986). Helsefremmende sykepleie handler i stor grad om å hjelpe pasienten til mestring gjennom læring og utvikling av kompetanse i form av kunnskaper og ferdigheter (Tveiten 2012). Pasienten trekkes inn i beslutningsprosessen rundt egen helse. Empowerment er et nærliggende begrep som også anvendes innen helsefremmende sykepleie, for å beskrive hvordan pasienten gis makt og myndighet for å øke pasientens kapasitet eller mestringsevne i daglige utfordringer (Naidoo og Wills 2000). Det kan være å hjelpe pasienten å mestre å leve med en sykdom eller mestre endringer i livet. Denne artikkelen omhandler det å gjøre en endring av levevaner. I Norge finnes ingen etablert arena i helsetjenesten hvor sykepleiere primært jobber med voksne pasienter som skal endre levevaner. Oppfølgingen av pasienter som har fått påvirket helsen av dårlige levevaner blir i stor grad fulgt opp av fastlege, frisklivssentraler eller sykepleiere i poliklinikk. Det er lite forskning på hvordan helsefremming i praksis skal inngå som en del av sykepleiens omsorgsfunksjon og hvordan helsefremming skal utøves overfor ulike pasientgrupper (Berg 2007; Gammersvik & Alvsvåg 2009). Dette kan også bero på at innholdet i begrepet "helsefremmende" har vært lite beskrevet hos de ulike sykepleieteoretikerne. Samtidig viser studier at sykepleiere er en ressurs i helsefremmende arbeid (Budzi, Lurie, Singh & Hooker 2010).

Poliklinikker er en naturlig arena for å drive helsefremmende sykepleie. Noen pasienter har allerede fått en diagnose når de blir henvist til poliklinikken, og mange av dem har forsøkt å endre levevaner på egenhånd. Lunge- diabetes- og obesitaspoliklinikk er eksempler på poliklinikker der endring av levevaner kan være en del av pasientoppfølgingen. Fellesnevneren for alle klinikkene er fokus på å mestre å leve med kronisk sykdom. Poliklinikkene bemannes av sykepleiere, leger og andre relevante yrkesgrupper ut i fra hvilke type pasienter som er målgruppen, og har generelt ansvar for både utredning, opplæring og oppfølging. Studien omhandler hvordan sykepleieren støtter pasientens helse i poliklinikk, med vekt på endring av levevaner som kosthold, fysisk aktivitet og røyking. Den beskriver hvordan helsefremmende sykepleie kan utøves i poliklinikk.

## **Formål**

Formålet med denne studien var å beskrive og fortolke helsefremmende sykepleie til pasienter med oppfølging for å endre levevaner i obesitas-, lunge- og diabetes poliklinikk. Studien er fra sykepleiers perspektiv og forskningsspørsmålet var: ”Hva er helsefremmende sykepleie til pasienter som av helsemessige årsaker bør endre levevaner?»

## **Metode**

En kvalitativ forskningsdesign ble valgt til denne deskriptive utforskende studien, med strategisk utvelgning av informanter med erfaring fra å jobbe med pasienter som skal endre levevaner i poliklinikk. Bakgrunnen for valg av metode er at det finnes lite forskning på dette temaet og kvalitativ metode gir oss mulighet til å gå i dybden på valgte tema (Kvale & Brinkmann 2009).

## **Datainnsamling**

Samtaleteknikken var halvstrukturert, og ble gjennomført med en intervjuguide med tema for hva vi ønsket å belyse. Målet var å stille spørsmålene på en måte som stimulerte informantene til å fortelle om sine subjektive opplevelse og erfaringer (Kvale & Brinkmann 2009). For å kunne beskrive konteksten valgte vi å starte intervjuet med å spørre sykepleieren om erfaring, bakgrunn og i hvilke setting hun møter pasienten. Det første temaet omhandlet en begrepsavklaring av hva de legger i helsefremmende arbeid og hva de oppfatter som helsefremmende sykepleie i sin arbeidshverdag. Det andre temaet omhandlet møte med pasienten som vil endre levevaner og det siste temaet gikk på metoder i den helsefremmende sykepleien.

Prøveintervju ble utført. Små justeringer ble foretatt etter prøveintervjuet. Alle intervjuene ble utført av første eller annen forfatter, og varte cirka en time. Intervjuene ble foretatt over en periode på 6 uker. Transkriberingen ble utført av den samme som intervjuet.

## **Utvalg**

Vi anså sykepleiere innenfor de aktuelle poliklinikkene som mest erfarne med å møte pasienter som skal endre levevaner. Inklusjonskriteriet var at de skulle være ansatt i en av de ulike polikliniske virksomhetene. Vi anså det også som strategisk å velge informanter fra ulike helseregioner i Norge, for å unngå at forskjeller i organiseringen av poliklinikkene skulle innvirke på resultatet. Ledere ved aktuelle poliklinikker i alle regionale helseforetak ble forespurt, derav tre helseforetak som var positive. Lederne formidlet forespørselen videre og utvalget besto til slutt av sju informanter med sykepleieerfaring fra 10-25 år, som hadde jobbet to år eller mer i poliklinikk. Alder varierte fra 40-55 år. Alle hadde tilleggsutdanning etter grunnutdanningen. Alle som svarte ble rekruttert. Av dem som responderte på forespørselen var det ingen menn. Intervjuene ble gjort på deres arbeidsplass, men utenom arbeidstiden.



## **Etiske hensyn**

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste. Den ble gjennomført i samsvar med forskningsetiske retningslinjer i forhold anonymisering og informert samtykke (NEM 2009).

Alle informantene fikk nummer, og oversikt over navn og nummer på informantene ble forsvarlig oppbevart. De fikk tilsendt informasjon om studiens hensikt i forkant og dette ble gjentatt før intervjuet startet. Samtykkeerklæring ble underskrevet og alle ble informert om at de kunne trekke seg fra studien uten nærmere begrunnelse. Det var ingen som valgte å trekke seg underveis. For å sikre konfidensialitet er sitat omskrevet fra dialekt til bokmål.

## **Analyseprosessen**

Kvalitativ innholdsanalyse kan forstås som en systematisk analyse av tekst (Graneheim & Lundman 2004). En slik måte å analysere på, gir en forståelse av hvordan informantene gir essens, mening og innhold til et bestemt fenomen (Vaismoradi, Turunen & Bondas 2013). Analysen i denne studien ble gjennomført i flere trinn. I første fase var målet å få et helhetsinntrykk av stoffet og intervjuene ble lest flere ganger, med systematisk nedtegning av umiddelbare tanker og refleksjoner rundt tekstens innhold. Deretter ble manuset lest for å systematisere teksten, ved at meningsenheter ble markert ut i fra ord og meninger som var relatert til formålet med intervjuene. Videre i analysen ble meningsenheter abstrahert og gitt en kode som kortfattet beskrev meningsenhetens innhold. Flere koder med lignende og relevant innhold ble satt sammen til en underkategori. Det som fantes under i underkategoriene kunne så settes sammen i overordnede kategorier (figur1). Disse overordnede kategoriene ble sammenfattet til ett overgripende tema.

I siste fase ble materialet i sin helhet lest på nytt. Hensikten var da å studere variasjoner i beskrivelser, synspunkt og vurderinger for de ulike informantene. Hensikten var også å påse at meningen i tekstmaterialet ikke ble svekket ved presentasjonen av kategoriene (Graneheim & Lundman 2004).

## **Resultat**

Det overgripende temaet "Sykepleierens evne til å få innpass i pasientens private helserom", består av kategoriene tillit og tilgjengelighet, kartlegge endringsforberedthet, oppklare misforståelser og gi råd om egen helse, støtte pasientens vei mot egen helse og tilpasset oppfølging. Dette tolket vi som forutsetninger for å kunne få tilgang til det mange av informantene kalte «det private helserom».

Kategoriene med tilhørende underkategorien presenteres i tabell 1 med eksempel på sitater.

Tabell 1: Sammenfatning av kategori og underkategorier under temaet:  
 ”Sykepleierens evne til å få innpass i pasientens private helserom ”

KATEGORI:	UNDERKATEGORI	Eksempel på sitat
Tillit og tilgjengelighet	<b>Over tid</b> <b>Samme rom</b> <b>Samme sykepleier</b> <b>Tilgjengelig på telefon</b>	«Døren er alltid åpen»
Kartlegge endringsforberedthet	<b>Synliggjøre positive tegn,</b> <b>spørre direkte</b> <b>Innsikt i pasientens ønsker og</b> <b>tidligere mestring/erfaring</b> <b>Innledende ”smalltalk”</b> <b>Åpne spørsmål</b> <b>Lytte</b>	«Vi kan ikke omvende dem»
Oppklare misforståelser og gi råd om egen helse	<b>Klargjøre kunnskapsnivå</b> <b>Kunnskapsformidling</b> <b>Klargjøre om de er</b> <b>mottakelige for råd</b>	«Jeg får en sånn ekkel følelse av at vi har gjort dem dummere fordi de ikke har fått til ting. Det er viktig når du skal begynne på en endring, så gjør du det på nivået som den pasienten er på»
Støtte pasientens egen vei til god helse	<b>Se dem, men avgrense egen</b> <b>rolle som deltakende</b> <b>Pasienten har ansvar for å</b> <b>sette og følge opp egne mål</b> <b>Hjelpe dem på riktig vei når</b> <b>de står i fare for å mislykkes</b>	«De må komme med innspill selv til hva de er interessert i å endre»
Tilpasset oppfølging	<b>Behandler ikke sykdommen,</b> <b>men pasienten som lider av</b> <b>sykdommen</b> <b>Hjelpe dem med å</b> <b>strukturere og prioritere</b> <b>Bremse pasientene og pushe</b> <b>andre som trenger det</b> <b>Ha tid til dem når de ber om</b> <b>hjelp</b> <b>Ta hensyn til at mange har</b> <b>negative erfaringer med</b> <b>helsevesenet</b>	«Ja, mange synes at det faktisk endelig er noen som hører på dem. Mens andre holder igjen og er mer tilknapet og har en vegg som sier litt at ikke kom for nær meg» «Det er ulik tilnærming, men det å bli sett og bli rettet på, og det at man trives, det gjør at de klarer å stå i det så mye lenger»

## Tillit og tilgjengelighet

I møtet med pasienten fornemmer informantene at levevaner er noe som ikke angår andre enn pasienten selv. En informant sa «*vi går inn i det private rommet til pasienten*». Flere opplever det som vanskelig å ta opp temaet med for eksempel overvekt, hvis det ikke er en naturlig del av agendaen. Likevel er det en oppfatning blant informantene at pasientene lett prater og åpner seg for sykepleieren. Kontinuitet vektlegges ved at samme sykepleier følger opp pasienten over tid, de bruker samme rom i møte med pasienten og er tilgjengelig for eksempel per telefon. En sykepleier sa: «*vi må ha tillit i dette forholdet, og det er vanskelig å tillit til et menneske som en ikke forteller noe om seg selv*». Åpenhet ved å gi litt av seg selv, sine erfaringer og kunnskap, beskriver informantene som en måte å vise respekt til pasienten på og samtidig skape et tillitsforhold. Derfor er det viktig å unngå at pasienten må forholde seg til ulike sykepleiere. Innenfor de ulike avdelingene er det store forskjeller rent organisatorisk. Lungepoliklinikken hadde mindre tid i konsultasjonen. Spørsmål rundt endring av levevaner er heller ikke en del av den faste agendaen i en poliklinisk time. Disse spørsmålene er mer selvskrevene på diabetes- og obesitaspoliklinikk. Her har de det mye mer fleksibelt i forhold til tid og har muligheter for å legge opp oppfølgingen individuelt i forhold til både tid og tematikk.

## Kartlegge endringsforberedthet

Det grunnleggende i møtet med pasienten er i følge informantene å kartlegge endringspotensialet. Pasienten vet gjerne at han må gå ned i vekt, eller slutte å røyke. De har fått informasjon om sammenheng med risikofaktorer og sykdom. Det er likevel ikke slik at pasienten alltid har innsikt i hvorfor de har de problemene de har. For å få i gang en refleksjon, innleder ofte sykepleierne med det de kaller «smalltalk» rundt helse. De stiller åpne spørsmål for å belyse hvor motivert personen selv er til en endring og kartlegging av pasientens kunnskap og innsikt. «*Du hiver deg ikke ut i endringer verken på kosthold eller noen ting, før du vet hva som er problemet. Så du må definere sammen med pasienten hva som er problemet*».

De har også fokus på følelser rundt tidligere mestring. Det fremheves å ha en innsikt i hva pasienten tåler av påkjenning, for å vite hvor stor endringen kan være. Informantene poengterer det å oppmuntre og fokusere på det positive som svært viktig. Pasienten må ha tro på egen mestring for å lykkes, noe som kan ses i sammenheng med realistiske mål. Blant annet blir det sagt at det er viktig «*å bygge på gode opplevelser som gir mestringsfølelse*». De vektlegger å synliggjøre hva pasienten faktisk har fått til. Sykepleieren kan også hjelpe pasienten til å dra erfaringer ut av tidligere tilbakefall til gamle vaner, ved å lage seg strategier om liknende situasjon oppstår igjen.

Informantene fremhever at et mål i møtet med pasienten er at pasienten selv skal reflektere rundt sin situasjon. De beskriver det som at de må lene seg tilbake og gi plass til pasienten, ved å stille åpne spørsmål. En informant sa; «*når de sier at jeg skulle sikkert gjort noe med det... Hva mener du? Hva ville du gjort? Jeg stiller bare spørsmålene tilbake*». Sykepleieren skal ikke overføre sine mål og ønsker til pasienten, men respektere hva pasienten ønsker og har behov for. På samme tid må sykepleieren bistå pasienten i å synliggjøre sine ressurser og hva de har å spille på i underveis i endringen. Dette innebærer å legge til rette for en bevisstgjøring hos pasientene på hvilke muligheter de har, og hvordan muligheten kan virkeliggjøres.

## Oppklare misforståelser og gi råd om egen helse

Informantene trekker frem at sykepleierens rådgivende funksjon er endret. De utfordres på å oppklare misforstått helsepropaganda i en mediehverdag med jevnlig rapportering om livsstilsendring. En sykepleier sa «*Det går i surr for dem: karbohydrater og kalorier, Grethe Roede versus Fedon Lindberg. Da må jeg rettleder.*» De opplever at det kreves ressurser for å finne ut hva som er dokumentert fakta, og at flere pasienter trenger veiledning på dette området. Det er også et fokus på å klargjøre pasientens kunnskap og forståelse. Det handler om å ha tilstrekkelig med kunnskaper til å kunne ta et reelt valg om hvordan du vil leve. Sykepleieren må der det er nødvendig, bistå pasienter med å omsette kunnskapen de har til praksis. Med dette mener informantene at sykepleieren kan hjelpe pasienten til å finne praktiske løsninger på for eksempel være mer fysisk aktive og velge sunn mat i en travel hverdag. Kunnskapsformidlingen må skje på pasientens nivå; «*En rød tråd er at pasienten skal lære å ta vare på seg selv*». De vektla at pasienten må være klar for å motta råd. En sykepleier fortalte at «*de er veldig gode rådene, men det er ikke sikkert at rådene går inn. Jeg merker ofte at de ikke har hørt det. De har ikke vært der at de er mottakelige for det.*»

## Støtte pasientens egen vei til god helse

Enkelte pasienter har en forventning om at sykepleieren skal bære hovedansvaret av endringsprosessen for dem. Det er viktig at de føler at de blir sett, men sykepleierne er bevisste på å avgrense egen deltakelse ved at de bevisstgjør pasienten på at det er deres liv og helse det er snakk om, og at det blir viktig å få et eierforhold til egen endringsprosess. «*Vi kan ikke leve livet for hver enkelt. Vi kan legge grunnlaget for dem og så må de leve sitt liv.*» Informantene forteller at de fungerer som en støtte- og hjelpefunksjon, men det essensielle er at pasientens får et eierforhold til sine mål for endringen. Sykepleieren kan ikke overføre sine mål og ønsker, men må gjennom veiledning og støtte bidra til en refleksjon som gjør at pasienten selv finner sine egne mål og hvordan han skal følge dem opp. For å unngå at pasientene mislykkes er det også viktig å hjelpe dem på riktig vei når de står i fare for å mislykkes. En sykepleier var klar på dette; «*Om de finner en feil løsning, skal de bare få lov til å holde på med det... og selv finne ut at det var feil? Nei...det funker ikke...*»

For å føle mestring er det viktig å ha realistiske mål. Informantene oppgir betydningen av å ha gradvise og små mål som pasienten selv kan formulere. Målene må likevel gi en utfordring og noe å strekke seg etter. Konkretisering av mål ved hjelp av behandlingsplan og/eller aktivitetsplan, bruker flere med god nytte.

## Tilpasset oppfølging

Informantene fremstilte mange pasienter som kunnskapsrike med hensyn til kosthold og fysisk aktivitet, men utfordringen er ofte å få iverksatt det de ønsker i praksis. En av oppgavene til veileder er å hjelpe pasienten å strukturere hverdagen og prioritere slik at en endring er mulig. Det kan handle om stress, døgnrytme og måte å leve på. Som en av sykepleierne uttrykker: «*Få frem livet deres. Hva er viktig for dem? Hvordan er en vanlig dag? Hvordan prioriterer de?*» Sykepleierne behandler ikke sykdommen, men pasienten med sykdommen og derfor er det stor grad av fokus på både pasienten, familie og omgivelsene til pasienten. Sykepleieren arbeider for å ivareta helheten, både fysisk og psykisk, da flere har observert at det kan medføre at endringen blir mer varig. Sykepleieren må bli kjent med hver

enkelt ved å la personen fortelle sin historie. Mange har hatt negative opplevelser med helsevesenet og følt at endring av levevaner er noe de bør klare på egen hånd. Det er viktig at de kan organiseres seg slik at de kan ta imot pasientene på kort varsel, enten det gjelder kjente pasienter som får tilbakefall eller pasienter som er klare for å starte en endringsprosess. De må ha tid til pasientene når de ber om hjelp.

Balansegangen mellom ”å bremse og pushe” pasienten ble vektlagt hos informantene. Noen trenger støtte gjennom veiledningen til å komme i gang. Andre igjen er for eksempel uhensiktsmessig opptatt av god regulering av blodsukkeret, og kan dermed oppleve nedsatt livskvalitet. Fokuset må være en gylden middelvei; *«De kan få vel så dårlig livskvalitet av å være ”den perfekte diabetiker” enn å være dårligere regulert»*

## Diskusjon

Studien viser at sykepleierne ser som sin oppgave at det er viktig å støtte pasientens egen vei til helse. Tidligere forskning viser at pasientene har behov for et støtteapparat som kan gi nødvendig oppfølging og støtte underveis i endringsprosessen (Clark et al. 2004; Jallinoja et al. 2008). Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling innebærer i følge Orem (2001) å skaffe til veie ressurser, tilrettelegge omgivelsene og være en viktig person i pasientens sosiale miljø. De ser praktiske løsninger sammen med pasienten. For eksempel hva som finnes av aktivitetstilbud i pasientens nærområde. Dette kan vi knytte til en forskningsrapport som viser at personer med type 2-diabetes ønsket et større fokus på praktiske råd knyttet til fysisk aktivitet og kosthold (Oftedal 2011).

Sykepleierne i denne studien viser til at ikke alle klarer å sile ut hva som er riktig informasjon eller hvordan og når de skal bruke den. Pasientens helsefremmende allmenndannelse blir viktig å kartlegge, da forskning viser at pasientene har ulik evne til å nyttiggjøre seg helseinformasjon (Finbråten & Pettersen 2009).

Resultatet av vår studie viser også at sykepleiere i poliklinikk vektlegger tilpasset oppfølging. De behandler ikke sykdommen, men pasienten med sykdommen. De hjelper pasienten med å finne veien mot god helse når de utsettes for sykdom. Enkelte må oppmuntres til å ha høyere mål, mens andre må veiledes i mer realistiske målsetninger for endringen. Mange av pasientene har mislyktes i endringsprosesser tidligere og sykepleierne er opptatt av å vise hensyn til negative erfaringer de har med helsevesenet. Den tilpassede oppfølgingen handler også om å organisere sykepleien slik at de har tid til pasientene når de er klare for å motta hjelp.

Studiens resultat viser at sykepleiere erfarer helsefremmende sykepleie som å gå inn i pasientens «private rom». Det blir derfor viktig å skape et tillitsforhold til pasienten. Betydningen av å bli bekreftet i relasjon til livsstilsendring, støttes også av tidligere forskning (Borge og Fagermoen 2012). I følge vår studie er forutsetninger for å skape tillit, avhengig av kontinuitet og tilgjengelighet over tid ved å bruke samme rom, samme sykepleier som møter pasienten og mulighet for telefonkontakt. Kartlegge endringsforberedthet er en viktig del av den helsefremmende sykepleien og dette gjør de ved å stille åpne spørsmål, lytte, gjerne innlede med det de kaller «smalltalk» rundt helse og levevaner. Dette kan bidra til at de får fram positive tegn på at pasienten er klar for å endre. Da kommer det også frem hvilke erfaringer pasientene har fra tidligere. Våre resultat viser også at sykepleiere må bidra i å oppklare misforståelser og gi råd rundt pasientens helse. Det viktige her er å få klarhet i om

pasienten er mottakelig for råd, klargjøre kunnskapsnivået og gjerne bidra med erfaring på hva som ofte kan være problemet i forhold til å endre. Sykepleierne i denne studien var opptatt av å støtte pasientens egen vei til god helse, ved å se dem uten å bli for deltakende, hjelpe dem på riktig vei når de mislykkes og ansvarliggjøre pasienten i forhold til å sette egne mål.

Å vinne ny innsikt kan være en positiv effekt av å bli intervjuet (Kvale og Brinkmann 2009). Flere av sykepleierne uttrykte underveis i intervjuet en opplevelse av at sykepleierrollen er i endring. Den tradisjonelle «ekspertrollen» er i større grad nedtonet og veilederrollen blir viktigere i sykepleiefaget. Veiledning, gjensidig dialog og fokus på mestring av eget liv og helse ble ansett som hensiktsmessig. Dette samsvarer med sentrale arbeidsmåter i helsefremmende sykepleie (Tveiten 2007, Stang 2006, Naidoo og Willis 2000), og det argumenteres for at ivaretagelse av egenomsorg bør anses som mål i veiledning av pasienter, som skal endre levevaner for å mestre kronisk sykdom (Howard & Ceci 2012). Det samsvarer også med nye føringer som vektlegger en reorientering av helsevesenet i en mer helsefremmende retning (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Ved å vektlegge et tverrfaglig samarbeid kan kontinuiteten i pasientforløpet ivaretas. Det var viktig å reflektere over om de kunne rådføre seg med andre profesjoner, og ikke være for raske til å henvise pasientene videre. Kontinuitet er viktig for at pasienten skal føle at «de har en ved sin side i denne prosessen». Det er trygt og det motiverer pasienten når den samme sykepleieren kan følge endringsprosessen. Vi ser hvor viktig det er å vektlegge at pasienten opplever tillit i relasjonen. Mange av disse pasientene har mislyktes i endringsprosesser tidligere og er vare for de holdningene de blir møtt med. En anerkjennende holdning og god tid er også inngangsport for et godt samarbeid. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at kvaliteten på møtet med helsepersonell var avgjørende for om informantene ble motivert til å ta ansvar for egen helse (Merill & Grassley 2008), og det å bli sett og forstått gjør at pasientene blir mer motiverte for endring (Borge, Christiansen & Fagermoen 2012). Sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel (2001) viser til at sykepleieren må være opptatt av hvordan pasienten opplever situasjonen, hva som er viktig for vedkommende og ikke bare hvilke mestringsmuligheter han har. Helsefremmende tiltak må bygge på pasientens ressurser, samtidig som sykepleieren hjelper pasienten til å åpne nye muligheter ved å omdefinere situasjonen, eller å arbeide frem nye mestringsmuligheter. I veilederprosessen vektlegger sykepleierne å se pasienten som en person med ressurser, og tilnærmingen innebærer å se pasienten individuelt i en kontekst, og hjelpe dem med å strukturere og prioritere. Hvilke muligheter har pasienten i hverdagen og hvilke begrensninger må det tas hensyn til. God helse kan oppleves subjektivt (Orem 2001; Eriksson 1989; Benner & Wrubel 2001), og dette ble vektlagt i veiledningen til pasienten. For eksempel ved å invitere pasienten til å si hva de kan unnvære i "sitt nye liv" og hva som er viktig for livskvalitet og trivsel. Forskning viser at nye vaner må integreres i personens daglige liv ut i fra den enkeltes ressurser (Jansink 2010; Whitemore 2009), og at intervensjoner skal tilpasses den enkelte (Wadden, Butryn & Byrne 2004; Clark, Hampson, Avery & Simpson 2004).

Vi ser at sykepleiere i poliklinikk har mange utfordringer og mye oppfølging med hensyn til pasientveiledning til pasienter som skal endre levevaner. I følge annen forskning kvier sykepleiere seg for å drive livsstilsveiledning, da de føler de har manglende kompetanse innenfor veiledning og livsstilsendring (Whitehead 2006, Jallinoja 2007 et al.; Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn & Grol 2010). Det fremkommer også at ingen av dem la vekt på en spesiell metode i sitt arbeid med pasienter og deres endring av levevaner. Vi ser at det kan være en svakhet, og at sykepleiere bør være bevisst på å bruke forskningsbaserte metoder

som gir resultater. Forskning viser at opplæring i relevante teorier om atferdsendring, kortintervensjoner og motiverende intervjuetknikker er nødvendig i arbeidet med endring av levevaner (Wadden et al. 2004). En studie viser at sykepleiere som fikk opplæring i samtalestrategi fikk en bedre kommunikasjon med pasienten og inkluderte livsstilsendring i større grad en forut for opptrening (Drevenhorn Drevenhorn, Bengtson, Allen, Saljø & Kjellgren 2006). Et økt fokus rundt hensikten og resultater med veiledningen kan øke effekten, samtidig er det viktig å understreke at pedagogiske metoder ikke er tilstrekkelig hvis ikke man har «tilgang til det private helserommet». Det vil si at å bygge relasjon og opparbeide seg tillit er i følge vår studie avgjørende for å fremme helse hos disse pasientene.

## Metodekritikk

Vårt utvalg er kjønnsespesifikt, med bakgrunn i at menn er i mindretall i poliklinikker i Norge. Alderssammensetningen kan påvirke resultatet. Livserfaring kan ha noe å si når sykepleierne snakker om å gi av seg selv og sine erfaringer. Forholdsvis lang erfaring som sykepleier kan også ha betydning. En studie viser at sykepleiere med få års erfaring rapporterte manglende ferdigheter knyttet til livsstilsveiledning sammenlignet med sykepleiere med lengre yrkeserfaring (Jallinoja 2007 et al.).

I kvalitativ forskning kan det være en fare for at deltakerne svarer og diskuterer det de tror at forskerne ønsker (Kvale & Brinkmann 2009), dette kan forsterkes når vi som forskere også er sykepleiere, og det kan være en svakhet med studien. Vi vet lite om hvem som svarte ja på vår forespørsel og det kan tenkes at de som svarte var spesielt opptatt av helsefremmende sykepleie. Dette kan ha påvirket resultatet.

For å ivareta størst mulig grad av validitet har første og andre forfatter analysert datamaterialet hver for seg, før det ble analysert i lag og deretter diskutert med de øvrige forfatterne.

## Konklusjon

Selv om tidligere forskning viser at helsefremming har mindre utbredelse, viser våre resultat at den sykepleien som utøves i de beskrevne poliklinikkene vektlegger den helsefremmende delen av sykepleien. Fokus på mestring står sentralt og pasienten blir ansett som ekspert på eget liv og helse. Det beskrives enkelte forutsetninger for å fremme helse til disse pasientgruppene. Dette henger tett sammen med organisering i tjenesten. Polikliniske virksomheter bør tilrettelegge for muligheten for å skape kontinuitet. Det må være lav terskel for å ta kontakt og sykepleien må ha rammevilkår som gir rom for høy grad av individuell tilnærming. Det bør også utredes muligheten for å skape andre arenaer der sykepleiere kan ivareta de forutsetningene som er beskrevet her.

Resultatene i denne studien kan til en viss grad overføres til andre deler av helsetjenesten. Selv om de organisatoriske forholdene er ulike, vil det være mulig å overføre de holdningsmessige forutsetningene. Våre resultater viser at sykepleiere i poliklinikk ivaretar viktige prinsipp innenfor helsefremmende veiledning, men det ligger en utfordring i å ivareta opplæring av sykepleieres pedagogiske funksjon. Våre informanter hadde lang erfaring og flere hadde videreutdanning, noe som kan ha påvirket resultatet. Det kan være grunn til å tro

at et større fokus i grunnutdanningen på opplæring i pedagogiske verktøy kan gjøre sykepleiere tryggere og mer ansvarsbevisste i møte med pasienter som skal endre levevaner. Samtidig må det påpekes at tillit er avgjørende for å kunne snakke med pasienter om endring av levevaner. Sykepleiere har en sammensatt kompetanse og nærhet til pasienten som de bør dra nytte av i møte med disse pasientene. Å samtale ved pasienter om endring av levevaner bør derfor få større fokus blant sykepleiere i alle deler av helsetjenesten.

## Forslag til videre forskning

Ut fra de funn som gjøres vil det vært nyttig å undersøke om det er variasjoner knyttet til klinisk erfaring under ellers like organisatoriske rammer.

Gjennom vår forskning har vi kun fått frem sykepleieres syn. Med utgangspunkt i våre funn hadde det vært nyttig og sett på om det samsvarer med pasientens og pårørendes opplevelse.

Sykepleiere er ofte i «frontlinjen» og møter pasientene på et tidspunkt der det er nærliggende og ta opp spørsmål om endring av levevaner. De møter dem gjerne ved sykehusinnleggelser da motivasjonen for endring er størst. Hvordan sykepleiere skal kunne følge opp disse pasientene utenfor poliklinikk og kunne vektlegge de overnevnte forutsetninger, er det etter vårt syn viktig å forske videre på.

## Litteratur

- Benner P. & Wrubel J. (2001). *Omsorgens betydning i sykepleje- Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Berg, G., V. (2007). *Å fremme den eldre sykehuspasientens helse i lys av et folkehelse- og et holistisk-eksistensielt sykepleieperspektiv*. Doktorgradsavhandling. Göteborg: Nordiska Högskolan för folkhälsovetenskap
- Borge, L., Christiansen, B. & Fagermoen, M.,S (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning* 7 (1):14-22.
- Budzi, D., Lurie S, Singh K. & Hooker R. (2010). Veterans' perceptions of care by nurse practitioners, physician assistants, and physicians: a comparison from satisfaction surveys. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(3):170-176.
- Clark, M. (2002). Lifestyle self-management in patients with type 2 diabetes;lifestyle intervention. *Journal of Diabetes Nursing* 6 (november):182-187.
- Clark, M., Hampson, S., Avery, L. & Simpson, R. (2004). Effects of a brief tailored intervention on the process and predictors of lifestyle behavior change in patients with type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine* 9(4): 440-449.
- Dierick –van Daele, Metsemakers A.,T.,M., Derckx, J.F.M, Spreeuwenberg, E., W. & Vrijhoef, H. (2009). Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 65 (2):391-401.
- Drevenhorn, E. (2006). *Counselling Patients with Hypertension at Health Centres - a Nursing Perspective*. Doktoravhandling. Göteborg: Sahlgrenska Academy.
- Drevenhorn, E., Bengtson, K.I., Allen, J.K., Saljø, R. & Kjellgren, K.I (2007). Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model. *European journal of cardiovascular nursing*, 6 (1):46-53.
- Eriksson, K.(1989 )(2.opplag). *Hälsans ide´*. Stocholm:Almquist & Wiksell



- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid av 24.juni 2011 nr 29*. Hentet 22.juni 2013 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-029.html>
- Finbråten, H.,S. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Tidsskriftet Sykepleien* 97(5): 60-63.
- Gammersvik, Å. & H. Alvsvåg (2009). Forståelse av helsefremming i sykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2):18-29.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004) Qualitative content analyses in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24:105-112
- Guzik, A., Menzel NN, Fitzpatrick J. & McNulty R (2009). Patient satisfaction with nurse practitioner and physician services in the occupational health setting. *Official journal of the American Association of Occupational Health Nurses*, 57(5):191-197.
- Howard, L., M. & Ceci, C. (2012). Problematizing health coaching for chronic illness self-management. *Nursing Inquiry* (september): 1-9.
- Jallinoja, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A.& Patja K (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(4):244-249.
- Jallinoja, P., Pajari, P. & Absetz, P. (2008). Repertoires of lifestyle change and self-responsibility among participants in an intervention to prevent type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22 (3): 455-462.
- Jansink, R., Braspenning, J. Weijden T., Elwyn, G. & Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* 11-41.
- Kvale, S. & S. Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Malterud, K. (2012). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Merril, E. & Grassley, J.(2008). Womens stories of their experiences as overweight patients.*The Journal of Advanced Nursing*. 64(2):139-146.
- Naidoo,J. & Willis , J. (2000) *Health promotion- Foundations for practice*. 2.utg. London: Bailliere Tindall.
- NEM (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag) (2009). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekter innen medisin og helsefag*. Hentet 12.10.12, fra [www.etikkom.no](http://www.etikkom.no).
- Oftedal, B.,F. (2011). Motivation for self-management among adults with type 2 diabetes. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 25(4):735-744.
- Orem, D.,E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6 ed.). St. Louis: Mosby.
- Stang, I. (2003). *Bemyndigelse: en innføring i begrepet og "empowermenttenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten. Helsefremmende arbeid i en brytningstid: fra monolog til dialog?* Bergen: Fagbokforlaget.
- St.meld. nr. 16. *Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 27.09.11 fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/2.html?id=639796>.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker-: om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I: Larsen, T.(red) & Gammersvik, Å. *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis*. Oslo: Fagbokforlaget
- Vaismoradi, M., Turunen, H.& Bondas T. (2013) Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing and health sciences* doi: 10.1111/nhs.12048.

- Wadden, T.A., Butryn M.,L. & Byrne, K. (2004). Efficacy of Lifestyle Modification for Long-Term Weight. *Control Obesity Research*. 12:151–162.
- Whitehead, D. (2006). Health promotion in the practice setting: findings from a review of clinical issues. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 3(4):165-184.
- Whittemore, R., Melkus, G., Wagner, J., Dziura, J., Northrup, V. & Grey, M. (2009). Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study. *Nursing Research* 58(1):2-12.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 05.11.12:[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf).
- WHO (1998). Health Promotion Glossary, Geneva. Hentet 05.11.12:  
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
- Øen, G. (2012). *Overvekt hos barn og unge : forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study. *Nursing Research* 58(1):2-12.
- WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. Hentet 05.11.12:[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf).
- WHO (1998). Health Promotion Glossary, Geneva. Hentet 05.11.12:  
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
- Øen, G. (2012). *Overvekt hos barn og unge : forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget.

# Tverrprofesjonell klinisk praksis for helsefagstudenter som en del av den ordinære praksisperioden

En casestudie fra en akutt geriatrisk-, slag - og rehabiliteringsavdeling

**Dorte Vesterager Kristensen, Jill Flo og Lisbeth Fagerström**

*Dorte Vesterager Kristensen, høgskolelektor, Institutt for Sykepleievitenskap- Drammen, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.*

*Jill Flo, førstelektor, Institutt for Sykepleievitenskap- Drammen, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.*

*Lisbeth Fagerström professor, Institutt for Sykepleievitenskap- Drammen, Høgskolen i Buskerud og Vestfold.*

## **Abstract**

***Interdisciplinary Professional clinical practice for health sciences students as part of the regular work placement- a casestudy from an acute geriatric - stroke and rehabilitation department.***

*This study describes students' experiences of interdisciplinary clinical practice (ICP) in an emergency department of geriatrics, stroke and rehabilitation in Norway. The purpose of this study was to investigate whether ICP has contributed to the students' knowledge of their own and other professional' expertise and expanded understanding of patients' rehabilitation needs. 19 students; nursing, occupational therapist, physiotherapist and social worker students were represented in the study. A model with various learning activities was developed in collaboration between two university colleges and the department. ICP lasted two weeks during a regular practice period. Students' experiences were evaluated through focus group interviews. The study concludes that collaboration in patient situations is essential for the students awareness of each other's disciplines, expanded perspective on own subjects and the patients need of rehabilitation. The short length of stay in the department led to increased focus on interaction early in the patient care.*

## **Key word;**

*Interdisciplinary learning; acute rehabilitation; undergraduate; clinical practice, Tverrprofesjonell læring; akutt rehabilitering; bachelorstudenter; klinisk praksis*

## **Referee\***

## Introduksjon

Internasjonal forskning har vist at profesjonsidentitet utvikles og utfordres positivt i møte med andre studentgrupper samt at den tverrprofesjonelle læringen gir spesielt gode resultater når den foregår i yrkesfeltet (Cragg, Hirsh, Jelley og Barnes 2010, Jacobsen, Fink, Marcussen, Larsen og Hansen 2009, Pelling, Kalen, Hammar og Wahlström 2011). Tverrprofesjonell samarbeidslæring støttes av WHO (2010) og i Norge aktualiseres temaet tverrprofesjonell læring og samspillperspektivet gjennom Stortingsmelding 13( [KD] 2012). I rammeplanene for utdanningene ([KD] 2004, 2005, 2008) er det nedfelt at studentene etter endt utdanning skal ha handlingskompetanse i å kunne samarbeide på alle nivåer i organisasjonene, og utvikle vilje til tverrprofesjonell og tverretattlig samarbeid. En av utfordringene i tjenestene vil være å få til tverrprofesjonell tjenesteutøvelse (Reeves 2009) hvilket bekreftes av (Aase, Aase og Dieckmann 2013).

Tverrprofesjonell klinisk praksis (TKP) gjenkjennes fra en rekke land der det er etablert såkalte kliniske studieavsnitt, som pågår kontinuerlig, men disse inngår ikke i de ordinære praksisperiodene (Cragg et al. 2010, Jacobsen og Lindqvist 2009, Pelling et al. 2011). Studentenes holdninger til tverrprofesjonelt samarbeid påvirkes positivt ved tverrprofesjonelle moduler i utdanningen (Curran, Sharpe, Flynn og Button 2010). Det er pr i dag ingen konsensus om når i studiet det ideelt sett er best å legge inn tverrprofesjonell læring (Hall og Weaver 2001). Det diskuteres om studentene bør ha en basis i egen profesjon før det fokuseres på tverrprofesjonell læring, men tidlig tverrprofesjonell input kan på den andre siden være positivt for identitetsutviklingen til å bli en samhandlende helsearbeider (Hall og Weaver 2001). Almås (2009) mener at de tverrprofesjonelle aktivitetene bør skje i hele studieprogresjonen.

Denne artikkel beskriver resultatet fra en case studie, et tverrprofesjonelt forskningsprosjekt på en akuttavdeling for geriatri, slag og rehabilitering (GSR), der studenter fra sykepleie-, fysioterapi-, ergoterapi- og sosionomutdanningene hadde sin praksis. Rehabiliteringsarbeidet som betegnes som et av de viktigste aspektene i forskningsbasert slagenhetsbehandling bør være preget av samhandling mellom de aktuelle profesjonene (Langhorne og Pollock 2002), der sykepleieren har en viktig koordinerende funksjon (Kirkevold 2010). Spesielle utfordringer på en akuttavdeling er å få startet opp samhandlingen med en gang for å kunne nyttiggjøre seg denne innen pasienten skrives ut. At studenter får mulighet til å studere samhandling i praksis i en avdeling med kort liggetid for pasientene er spesielt i forhold til andre studier som foregår på ikke-akutte avdelinger (Cragg et al. 2010, Jacobsen og Lindqvist 2009, Pelling et al. 2011). Studiens hensikter er derfor å beskrive studentenes erfaringer med TKP på en akuttavdeling, samt om TKP har bidratt til studentenes kunnskap om andre faggruppers kompetanse. Studien beskriver også studentenes forståelse av egne og andres fagområder samt hvordan tverrprofesjonell samhandling kan påvirke pasientrehabiliteringen.

## Aktuell modell for tverrprofesjonell klinisk praksis

Prosjektet tok utgangspunkt i avdelingens struktur og tverrprofesjonelle samarbeidsrutiner. Avdeling GSR har tradisjon for samhandling og helsepersonalet har arbeidet tverrprofesjonelt gjennom flere år. Slaggruppen i avdelingen er organisert som en slagenhet (Helsedirektoratet 2010). Slagenheter med 7-14 dagers gjennomsnittlig liggetid har vist best effekt (Indredavik 2007, Cochrane Stroke Group 2007) hvilket samsvarer med liggetiden i avdeling GSR.

Pasientgruppene var pasienter med hjerneslag, geriatriske sykdommer samt neurologiske sykdommer.

Avdelingen tar i mot sykepleierstudenter fra Høgskolen i Buskerud (HiBu, fra januar 2014 Høgskolen i Buskerud og Vestfold, HBV), ergoterapeutstudenter og fysioterapeutstudenter fra Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og sosionomstudenter fra Diakonhjemmet Høgskole i Oslo. Prosjektet ble utviklet i samarbeid med GSR, HiOA og HiBU (HBV). Alle studentprofesjonene deltok i prosjektet. Prosjektet pågikk 14 dager i en ordinær praksisperiode. Den første perioden på høsten 2010 og den andre perioden på våren 2011. Prosjektet ble organisert med en styringsgruppe, en prosjektgruppe og en referansegruppe. Styringsgruppen besto av utdanningsleder i helseforetaket, avdelingssykepleier ved avdeling GSR, seksjonsleder for ergoterapi;- fysioterapi;- og sosionomtjenestene på sykehuset, en høgskolelektor innen ergoterapi fra HiOA og høgskolelektor innen sykepleie fra HiBu (HVB) ( 2. forfatter). Styringsgruppen hadde ansvar for mandat og samarbeidsavtale mellom partene samt deltok i rapporteringsmøter og bidro til faglig kvalitet og fremdrift i henhold til planer. Avdelingssykepleier tok hånd om ressursene og rammebetingelser for arbeidet i prosjektet. Prosjektleder var høgskolelektor innen sykepleie, HiBu (HBV), (1. forfatter). Prosjektgruppen besto i tillegg av høgskolelektor innen fysioterapi, HiOA, høgskolelærer innen ergoterapi, HiOA samt en studentveileder i avdelingen innen henholdsvis ergoterapi, fysioterapi, sosionom og to studentveiledere innen sykepleie. Prosjektgruppen arbeidet med fremdriftsplan i henhold til prosjektbeskrivelse samt utformet opplegg for evaluering. Prosjektgruppen hadde ansvar for læringsaktivitetene samt strukturen for gjennomføringen. Studentveilederne sto for selve gjennomføringen i praksis. Studentveiledere som deltok i prosjektgruppen ble valgt ut av avdelingen og hadde alle mange års klinisk erfaring. I tillegg hadde alle studentveiledere videreutdanning i veiledning. Referansegruppen besto av representanter fra de ulike profesjonene samt en pedagog fra HiOA.

Læringsaktivitetene som ble valgt tok utgangspunkt i erfaringer fra tilsvarende studier (Jacobsen et al. 2009, Jacobsen og Lindqvist 2009) samt avdelingens struktur. Læringsaktivitetene var shadowing, behandlingsmøter, casemøter, refleksjonsmøter samt samhandling i relasjon med pasienten. Studentene fikk mulighet til å følge en ansatt fra en annen faggruppe, så kalt *shadowing*, som er et eksempel på en observasjonsbasert læringsmetode der studentene får innblikk i hvilke arbeidsoppgaver de andre faggruppene har rundt pasientene. *Behandlingsmøter* er faste møtepunkter som holdes i avdelingen. Her diskuteres pasientens situasjon og hver faggruppe legger frem eget perspektiv. Det lages en plan for videre behandling og ansvarsoppgaver fordeles. Behandlingsmøtene anvendes som en utvekslingsbasert metode der kunnskap, synspunkter og erfaringer deles samt at studentene får mulighet til forståelse for de andre faggruppers ansvar. *Case møter* er møtepunkter der en pasientsituasjon diskuteres i dybden tverrprofesjonelt. Studentene ble også delt inn i to *tverrprofesjonelle refleksjonsgrupper*, der to eller tre veiledere fulgte hver gruppe. Foruten disse planlagte læringsaktivitetene var avdelingens morgenmøte et viktig samlingspunkt for studentene.

## **Studiets hensikt**

Studiets hensikt er å beskrive studentenes erfaringer med TKP på en akutt avdeling for geriatri, slag og rehabilitering.

### **Forskningsspørsmål:**

Har TKP bidratt til studentenes kunnskap om andre faggruppers kompetanse?

Har studentene fått utvidet forståelse for eget fagområde?

Har TKP økt studentenes forståelse for pasientens rehabiliteringsbehov?

## Design

Studien er en deskriptiv case studie med fokusgruppeintervju.

## Deltagere

Alle 19 studentene som deltok i TKP ble invitert til å delta i et fokusgruppeintervju og alle takket ja. Det var 10 studenter i praksis høsten 2010 og 9 studenter våren 2011. Aldersfordelingen var slik at alle studentene var mellom 20-28 år, bortsett fra en sykepleierstudent som var i slutten av førtiårene (M=26 år). Alle sykepleierstudentene og sosionomstudentene var kvinner, mens det var to fysioterapeutstudenter samt en ergoterapeutstudent som var mann. Fysioterapeutstudentene var i sitt 3. studieår (av totalt 3 studieår) og sykepleierstudentene, ergoterapeutstudentene, og sosionomstudenten i sitt 2. studieår (av totalt 3 studieår).

## Data samling

Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervjuer, to høsten 2010 og to våren 2011. Intervjuene foregikk på sykehuset på et møterom utenfor avdelingen. I første intervju deltok en sosionomstudent, en ergoterapeutstudent, en fysioterapeutstudent og tre sykepleierstudenter. I andre fokusgruppeintervju deltok en fysioterapeutstudent og tre sykepleierstudenter. I tredje en sosionomstudent, en ergoterapeutstudent, en fysioterapeutstudent og to sykepleierstudenter. I siste fokusgruppeintervju deltok en ergoterapeutstudent, en fysioterapeutstudent og to sykepleierstudenter. Hvert intervju varte 1 ½ time, og foregikk uken etter at TKP prosjektet var gjennomført. En høgskolelektor og en høgskolelærer fra prosjektgruppen som ikke hadde noen relasjon med studentene gjennomførte intervjuene. Den ene ledet intervjuene mens den andre hadde rollen som observatør og kom med utfyllende spørsmål ved behov. Det ble anvendt en traktmodell (Halkier 2010) der det ble åpnet med beskrivende spørsmål og fulgt opp med mer målrettede spørsmål, for å sikre både studentenes perspektiver og diskusjoner i tillegg til svar på spesifikke spørsmål. Kjennetegn på en fokusgruppe er en kombinasjon av gruppesamhandling og forskerstyrt emnefokus (Polit og Beck 2004, Halkier 2010).

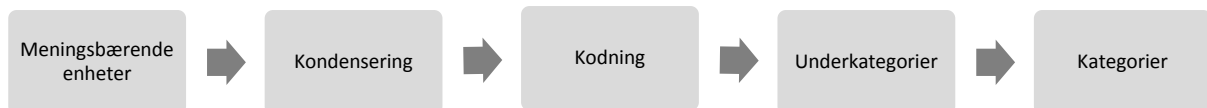
Det ble utarbeidet en intervjuguide. Eksempler på spørsmål som ble stilt var: I hvilken grad har de ulike læringsaktivitetene bidratt til din kunnskap om andre yrkesgruppers fagkompetanse? I hvilken grad har de ulike læringsaktivitetene bidratt til din forståelse for rehabiliteringsbehov i et tverrfaglig perspektiv? I hvilken grad har de ulike læringsaktivitetene vært nyttige for student samarbeid om oppfølging av pasientene?

## Dataanalyse

Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert av intervjuerne for å sikre at alle nyanser og stemmer ble riktig oppfattet (Halkier 2010). Det ble brukt kvalitativ innholdsanalyse med induktiv tilnærming (Lundman og Granheim 2008). Forfatterne (DVK

og JF) leste gjennom teksten og analyserte intervjuene sammen for å styrke påliteligheten (Polit og Beck 2004). Meninger eller fraser som var relevant for hensikt og spørsmålstillinger ble markert. De meningsbærende enhetene ble kondensert for å gjøre teksten kortere, deretter ble innholdet kodet og ulike kategorier kunne formuleres og sammenstilles (Polit og Beck 2004, Lundman og Granheim 2008). Nærliggende underkategorier forenedes til kategorier. Disse ble sammenstilt i et kategoriskjema, Figur1( Polit og Beck 2004).

Figur 1: Analyseprosessen



### **Etiske overveielser**

Studien ble godkjent av Personvernombudet for forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), oktober 2010. Deltagerne i studien fikk skriftlig og muntlig informasjon og samtykket til deltakelsen i studien før prosjektperioden. Studentene fikk informasjon om at de kunne trekke seg når som helst og at deltakelse i undersøkelsen ikke ville få konsekvenser for godkjenning av praksisperioden.

### **Resultater**

Studiens funn presenteres i 3 kategorier: Økt forståelse for egne og andres fag, studentenes vurdering av samhandlingens betydning og sykepleieren som naturlig koordinator. Hvilke underkategorier som inngår i respektive kategori vises i figur 2.

Figur.2 Kategorier med underkategorier



### Økt forståelse for egne og andres fag

Kategorien kan beskrives med følgende underkategorier: *rolle, respekt, tillit, faggrense, dokumentasjon og ansvar.*

Studentene lærte å kjenne hverandres *roller* gjennom å følge de andre faggruppene. Studentene erfarte at det var overlappende fagområder, for eksempel at flere faggrupper kunne gi pårørende informasjon, men at måten man arbeidet med pårørende på var ulik. Sosionomer var avhengig av planlagte møter mens sykepleieren oftest hadde spontane møter med pårørende. En sykepleierstudent opplevde det positivt at ergoterapeut kom inn i stell. Flere av sykepleierstudentene hadde lært å ha mer fokus på pasientenes ressurser gjennom å observere spesielt ergoterapeutstudenten og fysioterapeutstudentens pasientarbeid. En sykepleierstudent opplevde det nyttig å samarbeide med fysioterapeutstudent om forflytning. Hun uttrykte det slik:

*»Dere testet ut at han kunne forflyttes med en og vi hadde vært to helt til vi visste det».*

Studentene mente at et av de viktigste kunnskapsområdene for å kunne arbeide tverrprofesjonelt var å lære om hverandres fagområder hvilket de blant annet lærte gjennom shadowing. Denne læringsaktiviteten trakk studentene frem som mest nyttig. Studentene poengterte at det må være med en fagperson som kan forklare underveis og at det bør være med en pasient de kjenner, slik at de kan få et utvidet perspektiv på pasienten. De hadde fått



*respekt* for hverandre gjennom å lære å se hva de kunne og utøvde i praksis. Her kom det frem en gjensidighet mellom alle studentgruppene.

En av sosionomstudentene uttalte: *«Mer kunnskap gir mer respekt»*

En ergoterapeutstudent mente at *tilliten* til andre faggrupper bidrog til at de som studenter kunne «løfte hverandre». Fysioterapeut-, ergoterapeut- og sosionomstudentene var av den mening at de i forkant av prosjektet visste mye om hva sykepleie var, at det var kjent gjennom medier. Ergoterapi var det faget de andre studentgruppene visste minst om. En student viste til standardsynet, at ergoterapi er «hjelpemidler» samt at fysioterapi er «massasje». Alle studentene mente at de hadde endret syn på de andre faggruppers arbeid.

Studentgruppene viste at de hadde til dels likt syn på det å gå over *egen faggrense* samt syn på pasientens rolle. En ergoterapeutstudent uttrykte det slikt:

*»Jeg har blitt flinkere til å se mine begrensninger og til å bruke de andre samt jeg lærer meg å kommunisere med andre faggrupper.»*

En fysioterapeutstudent mener at hun har blitt tvunget til å reflektere over egen yrkesutøvelse når hun har fått spørsmål og tilbakemeldinger fra de andre studentene, hvilket de andre studentene samtykket i.

Studentene hadde også erfart at det nu var lettere å vite hvem man bør henvise til i ulike situasjoner.

En fysioterapeutstudent og en sykepleierstudent så veldig nytten av samarbeidet med sosionomstudenten. De henviste til et eksempel der økonomiske problemer hos en pasient ble tolket som viktig faktor i forhold til at pasienten ikke ble bedre. Fysioterapeutstudenten var oppmerksom på at det da var viktig ikke kun å ha fokus på den fysiske treningen. En av fysioterapeutstudentene ga uttrykk for at noen oppgaver bør være mer delt og at det kan bli forvirrende å ha med flere ulike faggrupper i samme trening. Det ble en del diskusjon rundt dette. Fysioterapeutstudenten sa:

*»Er det noe vits at vi skal være med når de er på do, det er en grunn til at det er forskjellige yrkesgrupper? At det er jeg som er «trening», da vet pasienten at da er ikke jeg med når han skal dusje og andre ting.»*

Fysioterapeutstudenten uttrykte følelse av ubekvemhet ved å skulle delta i stellesituasjoner, mens ADL situasjoner med ergoterapeutstudenter var mer bekvemt. En sykepleierstudent fortalte at hun ikke opplevde at hennes oppgaver kun var hennes, «det er ikke sånn at jeg føler at de tar mine pasienter» utdyper hun. En av de andre sykepleierstudentene trakk da frem viktigheten av trening i naturlige situasjoner, at hun gjerne skulle ha hatt fysioterapeutstudenten med i noen do situasjoner med pasienter.

En sosionomstudent fortalte at hun var veldig opptatt av å jobbe tverrprofesjonelt, da de er en liten faggruppe som derfor blir helt avhengig av de andre faggruppene. Hun opplevde at hun spesielt var avhengig av samarbeid med sykepleier.

Egen *dokumentasjon* ble mer utdypende, fortalte studentene, da de integrerte kunnskap fra de andre faggruppene. Studentene hadde gjennom prosjektet fått rutine for å lese

dokumentasjonen som var skrevet av de andre faggruppene. Studentene erfarte at de ulike faggrupper anvender ulike faguttrykk som i noen grad opplevdes som en barriere for å kunne forstå hverandres dokumentasjon. Studentene opplevde at det å lese resultatet av en test ikke alltid sier så mye. Men hvis de hadde vært med i gjennomføringen av en test og fått anledning til å diskutere hva testen kunne måle, ble det enklere å forstå tilsvarende testresultater. Studentene erfarte at når de hadde lest rapport skrevet av de andre faggruppene kunne de referere til den når de pratet med pasienten. Dette mente studentene ga pasienten trygghet og samtidig noe å prate med pasienten om.

Studentene oppga at de hadde fått større *ansvar* for egne pasienter, jobbet mye selv og var blitt selvstendige. Det hadde i følge en av studentene gitt stor ansvarsfølelse og at samarbeidet forpliktet. En sykepleierstudent konkluderte at hun hadde lært mer de to ukene enn hva hun har lært mange andre steder, at det hadde utviklet hun mye som fagperson.

### **Studentenes vurdering av samhandlingens betydning for pasientrehabiliteringen**

Kategorien beskrives i følgende underkategorier; *Felles mål, behandlingstid og ivareta pasientens behov*

Studentene opplevde det positivt å jobbe i team. Å være sammen, arbeide sammen samt det å arbeide mot *felles mål* var en fin erfaring. En student uttrykte det slik:

«Blir trigget ved å vite at vi jobber sammen mot et felles mål.»

Studentene hadde lyst til fortsatt å arbeide på denne måten. Hva er poenget med å jobbe uten TKP spurte en sykepleierstudent undrende. Studentene erfarte at det tette samarbeidet gjorde det lettere å spørre om råd og ta initiativ til samarbeid. Videre mente de at kvaliteten i pasientarbeidet ble bedre når de samarbeidet. En student utdypet med å si at fokuset ble mer på individet;

«Vi tenkte på hele pasientens situasjon lengre frem og ikke bare på det enkelte problemet der og da.»

Studentene var samstemte om at kulturen med tverrprofesjonelt samarbeid reduserer hierarkiet, slik de hadde opplevd det samt at det er mer effektivt i forhold til pasientens rehabilitering.

En av fysioterapeutstudentene trakk frem *behandlingstiden* i avdelingen. Hun mente at når behandlingstiden var uforutsigbar men ofte kort da ble det vanskelig å rekke å se pasienten i mange ulike situasjoner. Hvis rehabiliteringen hadde vært over 3 måneder hadde det gitt rom for trening i flere situasjoner. Studentene merket seg at det var mye fokus på kartlegging og utredning siden det er en akuttpost. Samtidig opplevde de at det var mye rehabiliteringsarbeid tross uforutsigbar behandlingstid. Studentene etterlyste behandlingsmøte tidligere i forløpet der en plan med mål kunne utarbeides. Studentene opplevde behandlingsmøtene som viktige læringsarenaer, men at de lå for sent i forløpet og dermed primært hadde fokus på hvor pasientene skulle utskrives til.

Studentene hadde ansvar for å ivareta pasientens behov. Studentene fikk en oppfatning av hvor utfordrende det kunne være å være pasient.

«Alle skal inn å gjøre noe TKP med pasienten, det er et slit for pasienten», presiserte en student.

De la merke til om pasienten var sliten og tok hensyn til det. Samtidig mente studentene at det var positivt for pasientene når de så at studentene snakket sammen og at de kjente dem igjen som «gjengen» som fulgte dem opp. Mange av studentene tok opp utfordringen med at mye skulle skje innen et visst tidspunkt på dagen. «Vi har fått ansvar for å legge opp til mest mulig optimal behandling,» uttrykte en student. Studentene uttrykte at de diskuterte og var mer bevisst på når det passet at pasienten gjorde ulike aktiviteter i løpet av dagen.

### **Sykepleieren som naturlig koordinator**

Kategorien beskrives i følgende underkategorier; *Kontinuitet, bredere tilnærming og pasientens kontaktperson*

Flere studenter mente at felles morgenmøte var veldig viktig for å planlegge aktivitetene for pasientene. Sykepleieren var den som hadde *kontinuitet* og flere studenter oppga at sykepleieren var en viktig koordinator i dette møtet. Sykepleieren hadde oversikt over hva som skulle skje og hvordan pasienten hadde hatt det siden gårsdagen. En av sykepleierstudentene betegnet seg selv som et knutepunkt. Alle studentene presiserte at denne koordineringen av tiltakene var med til å gi god kvalitet på pasientbehandlingen. Samarbeid og morgenmøter ble fremhevet som noen av kjernemomentene i tverrprofesjonelt samarbeid. En av studentene mente at det å arbeide sammen i direkte pasientbehandling gjorde at «*man ble bevisst flerfaglighet og tverrfaglighet*».

Studentene erfarer at sykepleien har en *bredere tilnærming* til pasienten enn de andre yrkesgruppene. En sykepleierstudent uttrykker:

»Vår yrkesgruppe er litt av alt på en måte.« «Det faller seg naturlig, at vi er kontakten, at vi er både høyre og venstre.»

Som en utdypning mener hun at sykepleieren kan både trene pasienten, være den som holder seg tilbake for å se hva pasienten kan selv og være der for å gi pleie og omsorg.

Sykepleieren oppfattes som *pasientens kontaktperson*, da det er sykepleieren som følger pasienten hele døgnet. En av sosionomstudentene opplevde at de var helt avhengige av å lese notater fra sykepleieren samt å snakke med dem. En av ergoterapeutstudentene uttrykte at «sykepleieren er jo pasientens ansikt utad». Vi er helt avhengige av det tverrfaglige, vi er lært opp til det, mente en av sosionomstudentene. Fysioterapeutstudentene og ergoterapeutstudentene ga uttrykk for at de var lite kjent med legene men sykepleierstudentene derimot opplevde at de kjente legene godt, at de var avhengig av å samarbeide med dem hele døgnet. Som en student uttrykte det: « Vi er tverrfaglige både her og der.» En annen sykepleierstudent utdyper:

«Fysioterapeuten og ergoterapeuten kommer springende og spør hvem som har ansvar for den og den, og så kommer legen og spør hvem som har ansvar for den og den.»  
En av fysioterapeut studentene bekrefter dette, «Det er litt sånn.»

## Diskusjon

Funnene tyder på at studentene i prosjektet har fått en større forståelse for hverandres fagprofesjoner og at de lettere kan ta kontakt med hverandre. Dette samsvarer med studiet til Jacobsen og Lindqvist (2009) at samarbeidslæring kan endre studentenes holdninger til de andre fagprofesjonene, hvilket også andre studier bekrefter (Curran et al. 2010, O'Carroll, Braid, Ker og Jackson 2012). Fougner og Horntvedt (2011) finner at shadowing er et godt utgangspunkt for refleksjon over praksis. Studentene opplevde at de gjennom shadowing fikk mer informasjon om hvordan de kunne bruke hverandre gjennom å bli kjent med hverandres kompetanse hvilket samsvarer med funn fra tverrprofesjonelle studieavsnitt (Jacobsen et al. 2009).

Veiledningens store betydning kommer tydelig frem i studien fra et tverrprofesjonelt studieavsnitt i Sverige (Hylin, Nyholm, Mattiasson og Ponzer 2007) og bekreftes som en viktig faktor (Hammick, Freeth, Koppel, Reeves og Barr 2007, Davidson, Smith, Dodd, Smith og O'Loughlan 2008). Dette er noe som samsvarer med funn fra denne studie. Studentene trakk frem viktigheten av at en fagperson kunne forklare underveis og at pasienten var kjent for studentene. Alle veilederne hadde veiledningskompetanse og var spesielt valgt ut til å veilede i prosjektet.

Både Suter (2009) og Jacobsen et al. (2009) bekrefter at respekt for andre fagprofesjoner er en essensiell faktor for å få til tverrprofesjonell samhandling og at respekten og tilliten bygger på en rolleforståelse og anerkjennelse av hverandres kunnskaper som kan utvikles gjennom tverrprofesjonell samhandling. Hylin et al. (2007) finner i tillegg at tverrprofesjonell samhandling kan bidra til å utvikle selvstendighet, ansvar og økt selvfølelse hvilket denne studien bekrefter. Utfordringen med å gå over faggrenser dokumenteres i studiet til Fougner og Horntvedt (2011), hvilket også denne studie bekrefter. Noen studenter opplevde det vanskelig å ta del i for eksempel stell og toalettbesøk, som vanligvis ikke er en del av deres oppgave.

Studentene refererte at egen dokumentasjon ble mer utdypende og det å lese rapporter skrevet av andre faggrupper ga informasjon som de kunne bruke i samtale med pasienten. TKP ga studentene mulighet å ta del i andre profesjoners dokumentasjon. På den andre siden opplevde studentene det utfordrende å forstå ulike profesjoners faguttrykk. Studien til Aase, Aase og Dieckmann (2013) viser at bare fire av tjueåtte sykepleierutdanninger i Norge har tilbud om tverrprofesjonell læring i praksisstudiene. At behandlingstiden for pasientene i noen tilfeller var kort eller uforutsigbar begrenset ikke studentenes mulighet til tverrprofesjonell læring. De klarte selv å identifisere behov for behandlingsmøter tidligere i forløpet enn avdelingen vanligvis hadde. De argumenterte med behovet for tidlig å kunne legge en plan slik at de kunne jobbe målrettet i hele innleggelsestiden. I denne studien der alle studenter var i praksis på dagtid ga en utfordring i forhold til disponering av tid hos pasienten hvilket studentene løste gjennom god planlegging.

Studentene ga uttrykk for at de hadde hatt god kommunikasjon med de andre studentene og at de lærte seg å kommunisere med andre faggrupper. Suter, Arndt, Arthur, Parboosingh, Taylor og Deutschlander (2009) bekrefter at kommunikasjon med hverandre er viktig for å utvikle plan og mål for pasientene. Dette bekreftes av Jacobsen et al. (2009) og Lachmann, Ponzer,

Johansson, Benson og Karlgren (2013) som en viktig del av opplæringen i tverrprofesjonelt samarbeid, også beskrevet som casemanagement (Fagerstrøm 2011) der samarbeid og samhandling fremmer kvaliteten av pasientbehandling, og i tillegg er kostnadseffektivt. Flere studier bekrefter at felles fokus på pasientens behov i tillegg kan hjelpe til å redusere barrierer mellom faggruppene (Hall 2005, Suter et al. 2009). Studentene i denne studie uttrykker at de har hatt et felles fokus på pasientene, sett individet og at det i samarbeidet rundt pasienten har vært lettere å ta kontakt med hverandre.

Koordinering av det daglige arbeidet erfarte studentene som viktig og som en nøkkelfaktor i det tverrprofesjonelle samarbeidet. Sykepleieren ble ansett som nøkkelpersonen hvilket samsvarer med funn fra tilsvarende studier (Pelling et al. 2011).

## **Metodediskusjon**

Det ideelle antallet informanter i fokusgrupper er 6-12 (Polit og Beck 2004). I denne studien ble studentene fordelt på grupper med henholdsvis 5, 4, 6 og 4 studenter. Fordelingen ble slik for å ivareta en spredning i forhold til faggruppe samt i forhold til det totale antallet studenter. Fordelingen i gruppene skulle ivareta tverrprofesjonelt fokus, hvilket sikret viktige karakteristika som ble representert i utvalget (Polit og Beck 2004, Halkier 2010). Det kan være en svakhet at det var 2 grupper som ikke hadde mer enn 4 informanter og at ikke alle studentkategorier var representert i hver gruppe. En begrensning med fokusgruppeintervju kan være at ikke alle informanter tør å komme med sine synspunkter i gruppen. I denne studien kom alle informantene med innspill under intervjuet. Informantene kjente hverandre etter å ha vært sammen 2 uker i TKP, hvilket kan ha gjort det lettere for dem å si hva de mente. Til tross for at studentene var i to ulike praksisperioder, så var det ikke noen forskjell på funnene ved analysen. Fokusgruppene ble intervjuet av en høgskolelektor og en høgskolelærer fra prosjektgruppen som ikke hadde noen relasjon med studentene. Dette kan styrke gyldigheten da studentene muligvis lettere kan uttrykke hva de mener. Det kan også formodes å være verdifullt med 2 intervjuere (Polit og Beck 2004). Underveis i intervjuene ble dialogisk validering brukt som kan styrke intersubjektiviteten mellom informantene og intervjuerne (Malterud 2011). 3 av 4 transkripsjoner av materialet ble gjort av intervjuerne hvilket kan styrke gyldigheten (Malterud 2011). En svakhet kan være at det ikke ble tatt notater under intervjuene, at det bare ble brukt båndopptak. Ved transkripsjonen ble informantene tildelt pseudonym som klargjorte hvilken studentkategori de tilhørte, hvilket var til nytte ved analysen. Analysen av data ble gjort av to av forfatterne, dette er ikke entydig med at påliteligheten på analysen er bedre, men det kan være verdifullt med forskjellige blikk på materialet (Polit og Beck, 2004, Lundman og Granheim 2008). Reflekterende og resonerende metoder ble brukt under analysearbeidet der ulike perspektiver fremkom og ble diskutert og reflektert. Gyldigheten kan styrkes ved at det var 19 studenter som ble inkludert, det var både menn og kvinner samt at studentene representerte ulike utdanninger.

## **Konklusjon**

Studentene trekker frem viktigheten av å bli kjent med hverandres fagområder som fremmet tillit og respekt i tillegg til at de erfarte å kunne dra nytte av læringen i egen praksis. Pasientenes korte liggetid i en akuttavdeling ble trukket frem som en utfordring i forhold til trening i ulike settinger, men på den andre siden så fremmet den tidlige fokus på rehabiliteringen. Studentene opplevde at sykepleieren var en naturlig koordinator i

pasientbehandlingen. Studentsamarbeidet i pasientsituasjoner var veldig givende for studentenes læring om hverandres fagområde, forståelse for eget fagområde samt forståelse for pasientenes rehabiliteringsbehov i et tverrprofesjonelt perspektiv.

## Litteratur

- Aase, I., Aase, K., Dieckmann, P. (2013) Teaching interprofessional teamwork in medical- and nursing education in Norway: A content analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 27: 238-245
- Almås, S. H. (2009) Tverrprofesjonell utdanning og felles studiepoeng i rammeplaner for helse- og sosialfagene. I Willumsen, E.(red) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Cragg, B., Hirsh, M., Jelley, W., Barnes, P. (2010) An interprofessional rural clinical placement pilot project. *Journal of Interprofessional Care*. 24 (2): 207-209
- Curran, V.R., Sharpe, D., Flynn, K., Button, P. (2010) A longitudinal study of the effect of an interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional teamwork and education. *Journal of Interprofessional Care*. 24 (1): 41-52
- Cochrane Stroke Group (2007). Cochrane database Syst Rev. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. CD (4) 000197
- Davidson, M., Smidt, R. A., Dodd, K. J., Smidt, J. S., O'Loughlan, M. J. (2008) Interprofessional pre-qualification clinical education: a systematic review. *Australian Health Review*: 32 (1): 111-120
- Fagerstrøm, L. (2011) Centrala kompetenseområdene for avansert klinisk omvårdnad. I Fagerstrøm, L. (red) *Avansert klinisk sjukskoterska. Avansert klinisk omvårdnad i teori og praksis*. Lund: Studentlitteratur AB
- Fougner, M., Horntvedt, T. (2011) Students' reflections on shadowing interprofessional teamwork: a Norwegian case study. *Journal of Interprofessional Care*, 25 (1) 33-38
- Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hall, P. (2005) Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19 (Suppl. 1), 188-196
- Hall, P., Weaver, L. (2001) Interdisciplinary education and teamwork: A long and winding road. *Medical Education*, 35, s. 867-875
- Hammick, D., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., Barr, H. (2007) A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*; 29: 735-751
- Helsedirektoratet [HD] (2010) Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. IS-1688
- Hylin, U., Nyholm, H., Mattiasson, A.C., Ponzer, S. (2007) Interprofessional training in clinical practice on a training ward for healthcare students: A two-year follow-up. *Journal of Interprofessional Care*; 21 (3): 277-288
- Indredavik, B. (2007) En effektiv slagenhet – hva er det? *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, 127, (9) 1214-18
- Jacobsen, F., Fink, A. M., Marcussen, V., Larsen, K., Hansen, T. B. (2009) Interprofessional undergraduate clinical learning: Results from a three year project in a Danish Interprofessional Training Unit. *Journal of Interprofessional Care*; 23 (1): 30-40
- Jacobsen, F., Lindqvist, S. (2009) A two-week stay in an Interprofessional Training Unit changes students' attitudes to health professionals. *Journal of Professional Care*; 23 (3): 242-250

- Kirkevold, M. (2010) The role of Nursing in the Rehabilitation of Stroke Survivors. An Extended Theoretical Account. *Advanced in Nursing Science* 33(1), 27-40
- Kunnskapsdepartementet. [KD] (2012) *Utdanning for velferd. Samspill i praksis* Stortingsmelding nr. 13. (2011-2012)
- Kunnskapsdepartementet. [KD] (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*
- Kunnskapsdepartementet. [KD] (2005) *Rammeplan for ergoterapeututdanning*
- Kunnskapsdepartementet. [KD] (2005) *Rammeplan for sosionomutdanning*
- Kunnskapsdepartementet. [KD] (2004) *Rammeplan for fysioterapeututdanning*
- Lachmann, H., Ponzer, S., Johansson, UB., Benson, L., Karlgren, K. (2013) Capturing students` learning experiences and academic emotions at an interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 27: 137-145
- Langhorne, P., Pollock, A. (2002). What are the components of effective stroke unit care. *Age Ageing*, 31(5) 365-371
- Lundman, B., Granheim, U.H. (2008) Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., Höglund-Nielsen, B. (Red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom Hälso-och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- O`Carroll, V., Braid, M., Ker, J., Jackson, C. (2012) How can student experience enhance the development of a model of interprofessional clinical skills education in the practice placement setting? *Journal of Interprofessional Care*, 26: 508-510
- Pelling, S., Kalen, A., Hammar, M., Wahlström, O. (2011) Preparation for becoming members of health care teams: findings from a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 25:328-332
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2004) *Nursing Research, Principles and Methods*. Lippincott Williams og Wilkins
- Reeves, S. (2009) Tverrprofesjonell praksisutplassering. I Willumsen, I. E (red) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., Deutschlander, S. (2009) Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*. 23 (1): 41-51
- World Health Organization [WHO] (2010) *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Geneva Switzerland: Diana Hopkins, Freelance Editor.

# Medisinsk profesjonalitet: Mestring av legeyrket

**Per Stensland John Nessa og Edvin Schei**

*Per Stensland, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB*

*John Nessa, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB*

*EdvinSchei, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB*

## **Abstract**

*When the doctor uses theoretical knowledge, clinical skills, and clinical communication in a way that takes care of the patient, this may be called professionalism. The article aims to show that medical professionalism, in all specialities, may be understood and taught through the two complex concepts “leadership” and “patient-centred medicine”.*

*The article is built on a literature-search with a selection of articles based on the authors’ experience in the field.*

*Leadership is an implicit part of clinical work. The concept gives a perspective on the solution of clinical problems and gives a frame for understanding interaction in consultations and in other professional relations. The doctor personal leadership actualizes professional tutoring as part of the education.*

*Models for patient-centred medicine have emphasized the doctor’s attitudes, skills, and use of linguistic means, and they have deepened the doctor’s understanding for exploring the patient’s problem. Newer models also discuss the doctor’s actions and therapeutic actions and underscore the leader-role in series of decision-making moments in the consultation.*

*Patient-centred clinical work should be based on an understanding of the doctor as an active co-editor and co-producer of the patient’s illness narrative.*

*Professionalism, interpreted as patient-centred leadership, gives a direction for medical education that may help doctors to cope with their work.*

## **Key words:**

*Professionalism, leadership, patient-centred medicine, narrative medicine, shared decision-making, Profesjonalitet, lederskap, pasientsentrert medisin, narrativ medisin, pasientmedvirkning*

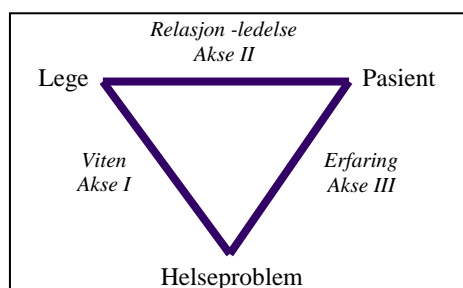
**FOU**



## Introduksjon

Mestring av legeyrket krever teoretisk kunnskap, tekniske ferdigheter, mellommenneskelig kompetanse og lang, veiledet erfaring. Når legen evner å integrere disse elementene slik at pasienten får hjelp på en måte som er omsorgsfull, effektiv og ressursbalansert, kan det kalles profesjonalitet (Cruess og Cruess 2006). Men hvilke ferdigheter, kunnskaper og holdninger trenger legen for å oppnå en slik mestringsevne, og hvordan bør legers utdanning legges til rette for å styrke profesjonell kompetanseutvikling? I denne artikkelen presenterer vi tankemodeller og begreper som kan bidra til å klargjøre hva mestring av lege-pasientforholdet krever av den enkelte lege, i tillegg til grunnleggende faktakunnskap om kropp, sykdom og biomedisin.

Figur 1



Figur 1 er en skjematisk fremstilling av den kliniske situasjonen, hvor en pasient søker lege for et helseproblem og legen tilbyr seg å hjelpe i kraft av sin profesjon (Figur 1).

Profesjonaliteten innebærer sterk asymmetri i situasjonen, og plasserer makt og ansvar hos legen. Mestring av yrket kjennetegnes av at legen forholder seg adekvat til en rekke utfordringer og muligheter langs de tre aksene i triangellet. I en vellykket klinisk prosess bruker legen forskningsbasert kunnskap og teknologi (når den foreligger), til å identifisere og behandle helseproblemet – Akse I. For at bruken av slik formell viten skal bli god, må legen skaffe seg en kontekstuell forståelse av problemet, personen og forutsetningene som ligger i situasjonen - Akse III. Denne forståelsen utvikles i en dialog med pasienten, og står og faller med legens evne til å klargjøre og forstå det pasienten formidler verbalt og paraverbalt (Charon 2001, Launer 2002, White 2006). Vanligvis er dette den mest sårbare delen av den kliniske prosessen, fordi diagnostikk, utredning og behandling er avhengig av at legen i samtale får forståelse av pasientens opplevelser, vurderinger og forventninger. Risikoen for utelatelser, misforståelser og overforenkling er stor. Kvaliteten på informasjonen er avhengig av relasjonen, som igjen er avhengig av hvordan pasienten fortolker legens engasjement, trygghet og kompetanse. Det er en komplisert lederoppgave – Akse II - å håndtere både differensialdiagnostiske utfordringer, pasientens perspektiv og følelser, samt egen væremåte i den kliniske samtalen, slik at en god relasjon til pasienten, en nyansert forståelse av helseproblemet og mulige løsninger kan vokse frem (akse I og III).

Vi vil i denne artikkelen vise at fenomenet *medisinsk profesjonalitet*, på tvers av spesialiteter, kan forstås og undervises ved hjelp av de to komplekse begrepene *ledelse* og *pasientsentrert medisin*. Mens pasientsentrert medisin (PSM) er godt etablert som etisk og praktisk rettesnor for klinisk arbeid, er ikke legens lederfunksjon tilsvarende innarbeidet i språkbruk og undervisning. Legearbeid innebærer imidlertid alltid en mellommenneskelig makt som både er teknisk, juridisk og symbolsk og som kommer pasienten til gode i form av styrket helse hvis legen vet å bruke sin innflytelse klokt. Å bruke makt klokt til å fremme andres beste er å være en god leder. Å ikke anvende den makt man har, eller å bruke den dårlig, er selvsagt mulig, men det plasserer legen som en dårlig leder. Ledelse og PSM utgjør et fruktbart begrepspar som tydeliggjør en uunngåelig spenning i faget, mellom et ideal om pasientautonomi på den ene siden og legen som ekspert, byråkrat og helbreder på den andre.

Grunnlaget for artikkelen er ikke-systematisk litteratursøk med et skjønnsmessig utvalg av artikler basert på forfatterens erfaring innen feltet.

## **Profesjonalitet**

Leger er helbredere som også er utøvere av en profesjon (Cruess og Cruess 1997). Profesjonsrollen er forankret i en samfunnskontrakt, en offentlig legitimering av legers kompetanse innenfor det biomedisinske teoriuniverset, i motsetning til ikke-autoriserte helbredere. Denne privilegerte rollen er under press, på grunn av økende teknifisering, misnøye med enkeltlegers yrkesutøvelse og verdimeslige samfunnsendringer. Som respons på dette er medisinsk profesjonalitet introdusert som fag i medisinsk undervisning i bl.a. Canada og USA med sikte på å styrke kjennskapet til profesjonens verdigrunnlag og integreringen av fundamentale normer i egen yrkesutøvelse (Cruess og Cruess 2006). Det undervises i etisk praksis, selvrefleksiv holdning, evne til å skille mellom egne behov og pasientens, åpenhet for andres vurdering og evne til å tåle og lære av kritikk. Etiske vurderinger er sjelden eksplisitt diskutert i medisinsk praksis, men ligger implisitt i alle kliniske prosesser, fordi den andres ve og vel alltid står på spill, uten at det nødvendigvis er lett å se for legen (Heydenreich 2004, Komesaroff 1995). Standardforestillinger om hva som er til hjelp for pasienter med ulike sykdommer er vist å kunne hindre leger i å oppfatte hva den aktuelle pasienten faktisk ser som sitt problem og ønsker hjelp med (Agledal et al 2010).

At man ved mange læresteder søker å supplere legers kompetanse ved å undervise ”profesjonalitet” kan ses som et uttrykk for tradisjonelt svak vektlegging av utøvelse og refleksivitet i utdanningen.

## **Tre typer lederoppgaver**

Man kan dele medisinske problemstillinger inn i tre klasser, hver med ulike kliniske lederutfordringer (Heifetz 1994).

Kliniske problemer i klasse 1 er slike som ”enkelt” kan løses av legen gjennom standardprosedyrer (urinveisinfeksjon, benbrudd, akutt hjertelungeredning). Ledelse innebærer i slike tilfeller at legen forsikrer seg om at en enkel situasjonsforståelse faktisk er tilstrekkelig, og at pasienten deler forståelsen før tiltak gjennomføres.

Klasse 2 omfatter de mange tilfeller hvor problemet kan defineres medisinsk, uten at det finnes en teknisk løsning som fjerner problemet. Legen kan peke ut retningen, men pasienten må selv utvikle og gjennomføre løsningen, for eksempel livsstilsendringer ved høy hjertekarrisiko. Her er ikke legens faktakunnskap tilstrekkelig, det kreves også profesjonell kompetanse i å hjelpe pasienten til å gjøre et nødvendig arbeid som bare pasienten kan utføre.

Klasse 3 utgjøres av situasjoner hvor det medisinske problemet er komplekst og mangetydig og tekniske løsninger mangler, som ved alvorlig kronisk sykdom, medisinsk uforklarlige tilstander, sorg, overgrep og andre kriser. Da må legen ta ansvar for å opprettholde en dialogisk prosess hvor lege og pasient sammen lærer det som er nødvendig for at pasienten til enhver tid skal kunne håndtere situasjonen slik den utvikler seg. Det kan for eksempel innebære at pasienten gis støtte til å erkjenne problemet, bli kjent med egne ressurser, og utvikle emosjonelle og praktiske strategier i pakt med livssituasjon, verdisyn og personlighet.

Felles for alle tre klasser av klinisk arbeid er behovet for å etablere en relasjon til pasienten med tilstrekkelig trygghet og klarhet for begge parter til at pasienten kan få frem sin fortelling og legen kan forstå hva som er problemet og hva slags utfordring han står overfor. I mange tilfeller vil den tekniske løsningen bare være en liten del av et godt medisinsk arbeid, også når det tekniske bidraget (billeddiagnostikk, medikament, kirurgi) er riktig valgt og utført. Med økende forekomst av kronisk og kompleks sykdom muliggjort av medisinsk-tekniske fremskritt, ser vi også et voksende behov for komplekst mellommenneskelig arbeid, ofte over år, fra legens side. I det følgende går vi inn på viktige forutsetninger for at leger kan utvikle og utøve gode former for lederskap i alle typer kliniske situasjoner.

### **Ledelse i lege-pasientforholdet**

Makt og asymmetri etableres i enhver helbredderelasjon. Pasienten gjør seg sårbar ved å erklære et behov for hjelp og gir slik legen et mandat til å utforske problemet og kontinuerlig vurdere hva som bør sies og gjøres, eller ikke sies og ikke gjøres, til pasientens beste. Ved å ta imot pasienten og tilliten, erklærer (eng. *professes*) legen seg som hjelper, en som kan forstå og handle der hvor pasienten selv ikke kan. Medisinsk praksis innebærer alltid tillit, makt og handlingsrom for legen. Det legen gjør med og for pasienten er derfor alltid også ledelse, selv når det er svært teknisk og fagspesifikt. Av denne grunn bør begrepet ledelse innarbeides i all legeutdanning, slik at den enkelte kan bli seg bevisst dette utfordrende og personlige aspektet ved faget, og utvikle gode lederferdigheter i alt samspill med pasienter og pårørende (Måseide 1991, Schei 2006).

Begrepet ”leder” er mangetydig og kan forstås autoritært. Når vi fremhever lederskap som implisitt i legeyrket er det viktig å klargjøre at det ikke er en tilbakevending til paternalistiske forestillinger om at legen vet bedre enn pasienten hva som er til pasientens beste. Vi forutsetter tvert om at lederskapet utøves som en vedvarende bestrebelse på å forstå den enkelte pasients perspektiv og opplevde problem, og finne de beste mål og midler for den medisinske hjelpen. Ofte vil legens makt og lederskap være nødvendig for å bygge opp pasientens autonomi – mot uvitenhet, selvforakt eller destruktive reaksjoner på sykdom og tap. Vi bygger på en teoritradisjon som ser lederskap grunnleggende som ”en kooperativ, kulturelt situert funksjon som kommer til syne i evnen til å se og skape struktur i komplekse sosiale prosesser, spesielt i kriser hvor mening og orden truer med å kollapse” (Heifetz 1994, Barker 1997).

## **Symbolske aspekter ved lederskap**

Effektforskning på psykoterapi har vist at pasientens opplevelse av å bli tatt på alvor av en engasjert og lojal terapeut har sterk og selvstendig terapeutisk virkning. Effekten av den terapeutiske alliansen, hvor pasienten tolker legen som engasjert, varm og lojal, er i en rekke studier vist å være større enn den spesifikke effekten av terapeutiske teknikker (Wampold 2001). Slike uspesifikke terapeuteffekter er beslektet med placeboeffekten, som her bedre kan kalles ”meningsrespons” (Moerman 2002). Det er dokumentert at en positiv kognitiv og emosjonell fortolkning av et medisinsk tiltak, legemiddel eller gjenstand kan ha fysiologiske virkninger, særlig godt dokumentert på smerte, stresshormoner og immunfunksjon. Samlet tilsier denne forskningen at legers opptreden, væremåte og troverdighet i pasientrelasjoner kan og bør brukes bevisst for å motivere og påvirke pasienter til å se og bruke sine muligheter. Sosialantropologen Tian Sørhaug viser at ledere blir identifisert med organisasjonen de representerer (Sørhaug 1996). Slike ubevisste fortolkninger av lederfunksjonen vil neppe ha mindre betydning i helsetjenesten, der liv og helse kan stå på spill. Legen vil ofte oppfattes som en personifisering av helsevesenets teknologiske kraft og evne til å helbrede.

## **Legen som person**

Å kommunisere er å skape forståelse. Da allmennmedisinprofessoren Julian Tudor Hart ble spurt om hva som måtte til for å kommunisere skikkelig med pasienten svarte han at det ikke handlet om kommunikative ferdigheter, men om evnen til å finne noe å like hos alle slags pasienter (Hart 2002). Harts budskap var at evnen til å like alle slags pasienter var en egenskap en kunne og burde lære. Å lære dette er også å bli seg bevisst hvordan en selv fungerer i samhandling med andre. Kommunikasjonsundervisning tar sikte på å gi legen basale ferdigheter i å hjelpe frem pasientens budskap ved å strukturere samtalen og fremstå tillitvekkende. Men klinisk samhandling utfordrer sider ved legens person som et kommunikasjonskurs bare kan antyde. Menneskets tendens til selvhenføring (ego bias), fordommer og feiltolkninger vil alle i forskjellig grad trekke med seg inn i

konsultasjonsrommet og sette grenser for vår forståelse av pasientens problem (May 1989). Selvhenføring innebærer også svekket forståelse av egen funksjon i rollen som lege, av egen feilbarlighet og sårbarhet, samt hemmet evne til fordomsfri og nysgjerrig interesse for pasienten som en genuint annerledes person som kan tilføre meg ny innsikt. Profesjonalitet i en hjelperrolle forutsetter derfor selvransakelse og læring, noe som med fordel kan skje i veiledningsrelasjoner eller kollegagrupper.

Empatibegrepet brukes ofte i misforstått betydning om en vennlig og mild holdning. Det sentrale i empati er ikke mildhet, men evne til å fornemme hva den andre føler og å formidle dette (Vetlesen og Nortvedt 1996, Pedersen 2010). Å kunne erkjenne og reflektere over egne følelser og reaksjoner i en dialog mens den pågår åpner for målbevisst improvisasjon. Interesse for egne og andres følelser er sentrale elementer i begrepene mentalisering og anerkjennelse (Skårderud 2008, Løvlie Schibbye 1996). Mentalisering kan beskrives som å forstå den andre innenfra og seg selv utenfra. Anerkjennelse er et parallelt terapeutisk begrep hvor "avgrensing" er sentralt – at man ved affektiv inntoning bevarer syn for den andres forskjellighet, slik at pasienten kan hjelpes til et utenfra-syn på seg selv.

Legen utvikler empati ved å oppøve sin fornemmelse av hva som står på spill for pasienten (Vetlesen 2001). Når den gamle mannen med hjertesvikt etter en undersøkelse sier: "Du vet, dette går vel ikke så bra i lengden...", har legen mulighet til å velge om han vil høre eller om han vil overhøre at dette utsagnet inviterer til en annen type samtale enn den de har hatt om medikamenter og bivirkninger, og åpne for å bistå i pasientens forberedelse til døden.

Leger kan, tross ulike forutsetninger og interesser, over tid oppøve sin evne til å kommunisere med pasienter og forstå den enkeltes perspektiv (Aspegren 1999). I psykologi og sosialfag er selvrefleksjon et vesentlig element i profesjonaliseringen, og profesjonell veiledning i kliniske situasjoner er obligatorisk. Det samme bør gjelde i medisinen, hvor lederfunksjonen er svært kompleks og hvor makten kan innebære at kliniske situasjoner utilsiktet omdefineres eller forenkles slik at de passer til legers kompetanse, usikkerhet eller fordommer. Det kan skje ved at man fokuserer på MR-bilder eller cellegiftdosering, ikke på pasientens forestående død - på "tingen" og ikke på dens betydning. Det er nødvendig å gi studenter og unge leger god individuell veiledning på egen yrkesutøvelse og pasientkontakt dersom pasientsentrert medisin skal bli mer enn et slagord (Aasland 2006).

### **Pasientsentrert medisin**

Selv om liknende ideer var lansert tidligere (Rogers 1956, Tuckett et al 1985), er det kanadiere McWhinney som har gitt kraft til begrepet pasientsentrert medisin (PSM) (McWhinney 1997). McWhinney klargjorde at legen i den kliniske samtalen må legge vekt både på pasientens subjektive fortelling i lys av hans livshistorie og på de objektive medisinske funn. Grunnlaget for tilnærmingen knyttet han til den biopsykososiale modell (Engel 1977).

I Norge utviklet Malterud nøkkelspørsmål som språklige verktøy for å invitere pasienten til å dele følelser og erfaringer med legen (Malterud 1994). Schei og medarbeidere presenterte en pedagogisk fasemodell som hører hjemme i denne tradisjonen (Schei et al 2000).

Fasemodellene gir et kart over konsultasjonsforløp slik at studenten kan "vite hvor han er" underveis. En alternativ tilnærming med sikte på å øke legens oppmerksomhet på pasientens bidrag i den kliniske samtalen er lansert under navnet "Fire gode vaner" (Guldbrandsen 2008, Guldbrandesen et al 2009).

Jonathan Silverman og medarbeidere i Cambridge har et annet perspektiv, men et tilsvarende budskap (Silvermann et al 2005): Holdningsendring og teoretisk forståelse hos studenten anses som et utilstrekkelig virkemiddel for å frembringe endring av atferd. Læreren må la studenten øve opp *ferdigheter* som empirisk har vist seg effektive i den kliniske hverdag, studenten må få en opplevelse av hvordan hans atferd virker på pasienten. Ferdighet er her et vidt begrep som rommer *innholdsferdigheter* (hva lege og pasient snakker om, faget medisin), *prosessferdigheter* (hvordan lege og pasient snakker sammen), og *perseptuelle ferdigheter* (hva legen sanser, føler og tenker under samtalen). Dette ferdighetsfokus har møtt kritikk for å representere en listepreget og reduksjonistisk tilnærming til kommunikasjon. Silverman understreker at brukerne av modellen må ta ansvar for å tilpasse den på en improviserende måte (Silvermann 2007).

Pedagogikken knyttet til pasientsentrert klinisk metode har tradisjonelt lagt mer vekt på hvordan legen kan sondere og forstå pasientens forståelse av problemet og formål med legesøkningen enn på handling og terapeutiske tiltak (Meland et al 2000, Stewart 2003). Elwyn og medarbeidere har videreutviklet PSM rundt begrepet "shared decision-making" (pasientmedvirkning) der de vektlegger å avklare tiltakspreferanser, informere og avveie risiko mot fordeler, tydeliggjøre medisinsk tilråding og støtte pasientens valg (Edwards og Elwyn 2009). Konsultasjonen ses som en serie beslutningsprosesser hvor legen må bruke sitt lederskap til å ivareta pasientens autonomi i valg av problemforståelse, drøfting av valgmuligheter basert på reell informasjon, og søking etter konsensus mellom lege og pasient. Å tydeliggjøre valgsituasjonene ses som et nøkkelpunkt i forskyving av makt og ansvar til pasienten. Pasienters lyst og evne til å delta i utrednings- og behandlingsbeslutninger er svært ulik, noe legen må klarlegge hver gang. En slik utviding av PSM- tilnærmingen understreker ikke bare pasientsentrering, men også legens faglige lederskap i samtalen (Walseth og Schei 2010).

Studier tyder på at en pasientsentrert konsultasjonsstil kan bedre pasienttilfredshet og behandlingsgjennomføring, samt redusere tallet på prøver og henvisninger (Stewart 2003). Dokumentasjonen av behandlingseffekter ved PSM er motstridende (Kinmoth et al 1998), men studier av konsultasjoner som er preget av pasientmedvirkning (shared decision-making) tyder på at pasientsentrert konsultasjonsstil gir bedre kvalitet av helsetjenester, økt tilfredshet med tjenestene både hos pasient og behandler, samt ivaretar pasientens selvfølelse og autonomi (Crawford et al 2002, Lewin et al 2003).

Et potensielt problem ved å omdanne PSM fra teoretiske modeller til praktisk verktøy er at det kan oppstå en villedende metodetroskap med økende vekt på instrumentelle kommunikasjonsferdigheter, som graden av øyekontakt, sittemåte, antall minutter opptatt med journal eller datamaskin, eller gjennomgang av sjekklister i konsultasjonen. Hvis dette skjer, har man forvekslet middel og mål. Kommunikasjonsferdigheter er ikke mål i seg selv, men verktøy som man må lære å anvende fleksibelt og selvkritisk mens man holder for øye at målet er å skape en god løsning for en unik pasient i en unik situasjon (Walseth og Schei 2010).

### **Samtalen om sykdomsfortellingen**

Den personlige fortellingen om sykdom uttrykker pasientens erfaring og kunnskap samtidig som den presenterer pasienten og hans situasjon. Sykdomsfortellinger er ikke entydige, de produseres i møte mellom lege og pasient slik at én av flere mulige versjoner av historien blir presentert. Dialogformen gjør at man ser og hører seg selv gjennom ørene og øynene til «den andre». Å høre seg selv fortelle til en oppmerksomt nærværende lege kan bidra til å klargjøre egen situasjon og uerkjente muligheter (Launer 2002). En metasamtale, dvs. en samtale om samtals innhold eller form, kan få fram andre versjoner av sykdomsfortellingen med større vekt på personlig mestring og tilpasning (Charon 2001, White 2006, Pennebaker 2000, Andersen 1994). Utforskning av pasientens valgmuligheter i håndtering av sykdom forutsetter at alternativer holdes åpne i samtalen. Lege-pasientforholdets asymmetri innebærer at legen, fordi han alltid utøver ledelse i kraft av sin rolle, utilsiktet kan hindre slike personlige handlingsalternativer i å komme fram. Tidlige spørsmål eller tiltaksforslag kan hindre at fakta om sykdom, situasjon og ressurser blir kjent.

I samhandlingen mellom pasient og lege blir legen medprodusent og medredaktør av fortellingen, og påvirker hvordan pasienten ser på seg selv og sin rolle. Gjennom engasjement og varme, ved å yte fortellingen motstand ved å introdusere et profesjonelt eksternt perspektiv på et medisinsk problem, kan legens ledelse innebære at dialogen blir utforskende og kreativ, slik at det oppstår ny innsikt i problem, person og situasjon (Balint 1964). Slik styrkes grunnlaget for kliniske beslutninger, det være seg laboratoriediagnostikk, kirurgi, psykoterapi, sykmelding eller medikamentforordning.

### **Utfordringen**

Det er kunnskapsmessig og personlig utfordrende å praktisere legevirksomhet basert på et tredelt fundament av teoretisk kunnskap, tekniske ferdigheter og mellommenneskelig kompetanse. Tilsvarende er det krevende å gi studenter og unge leger faglig identitet og en holdning til kunnskap som er trygg for dem selv og pasientene. Vi har argumentert for at profesjonalitet tolket som pasientsentrert ledelse gir en retning for legers grunn- og videreutdanning som kan hjelpe leger til å mestre yrket.

## Litteratur

- Agledal KM, Førde R, Wifstad Å (2010). Clinical essentialising: a qualitative study of doctors' medical and moral practice. *Med Health Care and Philos*, 3:107-13.
- Andersen T (1994). *Reflekterende prosesser. Samtaler og samtaler om samtalerne*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Aspegren K (1999). Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Med Teach*, 21: 563–70.
- Balint M (1964). *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical.
- Barker RA (1997). How can we train leaders if we do not know what leadership is? *Human Relations*, 50(4):343-63.
- Charon R (2001). Narrative medicine. A model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA*, 286: 1897-1902.
- Crawford M, Rutter D, Manley C., et al (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*, 325:1263-6.
- Cruess SR, Cruess RL (1997). Professionalism must be taught. *BMJ*, 315:1674-7.
- Cruess RL, Cruess SR (2006). Teaching professionalism: General principles. *Medical Teacher*, 28:205-8.
- Edwards A, Elwyn G (2009). *Shared decision-making in health care. Achieving evidence-based patient choice*. Oxford: Oxford University Press.
- Engel GL (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129 – 36.
- Guldbrandsen P (2008). God kommunikasjon – også for legenes skyld. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 128; 2840-2.
- Guldbrandsen P, Jensen BF, Finset A (2009). Endring i mestringstillegg hos sykehusleger etter kurs i klinisk kommunikasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 129: 2343-6.
- Hart JT. Personlig meddelelse, 2002.
- Heifetz RA (1994). *Leadership without easy answers*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Heydenreich KS (2004). Hva leger ser og ikke ser – moralsk persepsjon i lege-pasientforholdet. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 124:369-72.
- Kinmonth A, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell M (1998). Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. *BMJ*, 317: 1202 – 8.
- Komesaroff PA (1995). From bioethics to microethics: ethical debate and clinical medicine. In: Komesaroff PA, ed. *Troubled bodies. Critical perspectives on postmodernism, medical ethics, and the body*. Durham: Duke University Press, :62-86.
- Launer J (2002). *Narrative-based Primary Care. A practical guide*. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Lewin S, Skea Z, Entwistle W., et al (2003). Effects of interventions to promote a patient centred approach in clinical consultations. *Cochrane review*, 2.



- Løvlie Schibbye A-L (1996). Anerkjennelse: En terapeutisk intervensjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33; 530-7.
- May R (1989). *The art of counselling*. Gardner Press: New York.
- Malterud K (1994). Key questions — A strategy for modifying clinical communication Transforming tacit skills into a clinical method. *Scand J Prim Health Care*,12:121-7.
- McWhinney IR, ed (1997). *A textbook of family medicine*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Meland E, Schei E, Bærheim A (2000). Pasientsentrert medisin - en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskr Nor Lægeforen*,120: 2253-6.
- Moerman DE (2002). *Meaning, Medicine, and the "Placebo Effect"*. Cambridge: Cambridge University press.
- Måseide P (1991). Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice. *Sociol Health Illn*, 13:545-61.
- Pedersen R (2010). *Empathy in medicine, A philosophical hermeneutic reflection*. PhD-avhandling. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.
- Pennebaker JW (2000). Telling stories: The health benefits of narrative. *Literature and Medicine*, 19, 3-19.
- Rogers C (1956). Becoming a person. *Pastoral Psychology*, 7: 9-13.
- Schei E, Meland E, Bærheim A (2000). Klinisk kommunikasjon - et strukturert undervisningsopplegg. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 120: 2258-62.
- Schei E (2006). Doctoring as leadership: the power to heal. *Perspect Biol Med*, 49: 393 - 406.
- Silvermann J, Kurtz S, Draper J (2005). *Skills for communicating with patients*. Oxford, Radcliffe.
- Silverman J (2007). The Calgary-Cambridge guides: the 'teenage years'. *Clinical Teacher*, 4(2):87-93.
- Skårderud F, Sommerfeldt B (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 128:1066-9.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney I, McWilliam CL, Freeman TR (2003). *Patient-Centered Medicine. Transforming the clinical method*. Oxford: Radcliffe.
- Sørhaug T (1996). *Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A (1985). *Meetings between experts*. London: Tavistock Publications.
- Vetlesen AJ, Nortvedt P (1996). *Følelser og moral*. Oslo: Ad Notam.
- Vetlesen AJ (2001). Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 121: 1118-21.
- Walseth, L. T. & Schei, E. (2010). Effecting change through dialogue: Habermas' theory of communicative action as a tool in medical lifestyle interventions. *Med Health Care Philos*.
- Wampold BE (2001). *The great psychotherapy debate*. London; Lawrence Erlbaum Associates.
- White M (2006). *Narrativ Praksis*. København: Hans Reizels Forlag.
- Aasland OG (2006). Legerollen – fra pīdestall til skammel. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 126: 61–2.

# Svømmetilbud målrettet etniske kvinder

## Procesevaluering af en svømmeintervention

**Pernille Tangaard Andersen, Carsten Kronborg Bak og  
Camilla Tykgaard Clausen**

*Pernille Tangaard Andersen. Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Syddansk Universitet.  
Carsten Kronborg Bak. Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet  
Camilla Tykgaard Clausen. Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Syddansk Universitet.*

### **Abstract**

#### ***Evaluation of a swimming-intervention targeting female ethnical minorities.***

*A health-promoting intervention in Korsørparken, established by the municipality of Fredericia, has been evaluated to identify potentials and barriers in health promotion targeting ethnic minorities. Factors that had a major effect in the success of the intervention were; a nearly cost free arrangement; the target groups ownership in the intervention; the fact that cultural and gender barriers were taken into account and the recruitment of participants through the local community, mentors and other participants. Barriers included dependence on economic support and practical arrangement.*

### **Key Words;**

*Health promotion, municipality, ethnic minorities. Helsefremme, kommune, etnisk minoritet.*

### **FOU**

#### **Præsentation af interventionen**

I Danmark har den socioøkonomiske ulighed i sundhed og sygelighed været i fokus siden 1990'erne (DIKE, 1997). Borgernes etnicitet har en stor betydning for deres socioøkonomiske position (Nazroo, 2003) og mange publikationer peger på, at etniske minoriteter har dårligere helbred end den resterende befolkning (Senior & Bhopal, 1994; Sundquist & Johansson, 1997; Mogensen & Matthiessen, 2000). Der er desuden studier der vidner om, at borgere med anden etnisk baggrund deltager mindre i sygdomsforebyggende undersøgelser og sundhedsfremmende interventioner (Holk, Rosdahl, & Pedersen, 2002; Hansen & Kjølner, 2006). Undersøgelser peger på behovet for evaluering af interventioner med henblik på, at

kunne målrette særlige sundhedsfremmende indsatser blandt etniske minoritetsgrupper (Kjøller, Juel, & Kamper-Jørgensen, 2007; Statens Institut for Folkesundhed, 2012). Denne statusartikel bidrager med en procesevaluering af et konkret motionstilbud i et udsat boligområde i Fredericia. Fredericia kommunes ”Projekt Bydelssundhed” har haft stor succes med en svømmeintervention målrettet kvinder med anden etnisk baggrund end dansk. Artiklen tager udgangspunkt i svømmeinterventionen, som på flere punkter er en succeshistorie, og identificerer muligheder og barrierer for kommunernes sundhedsfremmende indsatser med dette motionstilbud som case.

## **Svømmeinterventionens baggrund**

Korskærparken i Fredericia kommune har været på landets ghettoliste siden listens tilblivelse i 2010 (Socialministeriet, 2010; Ministeriet for by, 2012) I Korskærparken har 44 % af beboerne en anden etnisk baggrund end dansk (Ministeriet for by, 2012).

En af følgerne af Strukturreformen, som trådte i kraft i 2007, er at en stor del af ansvaret for individrettet forebyggelse og sundhedsfremme er blevet lagt ud til kommunerne. Herunder ansvaret for at forebygge sygdom og fremme den sociale lighed i sundhed (Kristiansen, Munch-Petersen, Diderichsen, & Krasnik, 2007; Andersen & Jensen, 2010). For Fredericia kommune har det betydet opstarten af Projekt Bydelssundhed i Korskærparken, hvis formål er at reducere kommunens sociale ulighed i sundhed på sigt (Fredericia Kommune, 2013). Projektet har medført igangsættelse og koordinering af en række sundhedsfremmende aktiviteter i Korskærparken, herunder svømmeinterventionen *Motion og afslapning i vand kun for kvinder*, som startede i år 2009.

## **Motion og afslapning i vand kun for kvinder**

Motionstilbuddet *Motion og afslapning i vand kun for kvinder* er særlig målrettet kvinder og piger over 12 år, med anden etnisk baggrund end dansk. Tilbuddet er først og fremmest oprettet med henblik på Korskærparkens beboere, men er åben for alle i målgruppen. Motionstilbuddet bliver afviklet i Fredericia Idrætscenter en fredag om måneden fra kl. 20-22. Prisen for deltagelse var i evalueringsperioden 30 kr. pr. gang, nu betales der et halvårskontingent på 125 kr. til motionsforeningen Sønder-Korskær. Mens motionsaktiviteten foregår, er svømmehal og badeland lukket for adgang for mænd, dette gælder også mandlige livreddere.

## **Procesevalueringens metode og datagrundlag**

Undersøgelsen af casen bygger på en kombination af en spørgeskemaundersøgelse, interviews, uformelle samtaler og deltagerobservation blandt deltagere og ikke-deltagere i motionstilbuddet.

Spørgeskemaundersøgelsen bygger på svar fra 51 deltagere og 43 ikke-deltagere. Der blev foretaget en pilottestning af spørgeskemaet.

11 interviews blev gennemført i forbindelse med undersøgelsen. Gruppen af interviewpersoner bestod af 7 deltagerne i svømmetilbuddet, 8 ikke-deltagere og 3 informanter med tilknytning til motionstilbuddet.

Deltagerobservationer og uformelle samtaler er foretaget både i forbindelse med svømmeaktiviteten og i forbindelse med andre aktiviteter i Korsværtparken (Ulrich, 2011).

## Interventionen ramte målgruppen

Motionstilbuddet bliver varetaget af en arbejdsgruppe nedsat blandt brugere og i samarbejde med en projektleder fra Projekt Bydelssundhed. Tilbuddet blev etableret på beboernes eget initiativ og på baggrund af en behovsanalyse. Man ønskede en aktivitet specifikt rettet mod kvinder med anden etnisk baggrund end dansk, bosat i Korsværtparken.

Vores spørgeskemaundersøgelse viste at interventionen ramte den ønskede målgruppe. Tabel 1 viser baggrundsinformation på deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen og i motionstilbuddet. 86 % af deltagerne var af en anden etnisk herkomst end dansk og 51 % af deltagerne var bosat i Korsværtparken.

I interviewene kom det frem, at flere af deltagerne som ikke var bosat i Korsværtparken, kom kørende fra andre byer, bl.a. Grindsted, Esbjerg og Middelfart, for at deltage i motionstilbuddet. Dette kunne vidne om en mangel på motionstilbud af denne karakter.

**Tabel 1: Baggrundsinformation om deltagerne i motionstilbuddet og spørgeskemaundersøgelsen.**

Etnisk Baggrund	86 % havde anden etnisk baggrund end dansk
Alder	93 % var i den skolepligtige eller arbejdsdygtige alder
Beskæftigelsesforhold	82 % var studerende eller tilknyttet arbejdsmarkedet
Bopæl	51 % var bosat i Korsværtparken

## Interventionen opfyldte formålet

Fredericia kommune har formuleret en række overordnede mål for Projekt Bydelssundhed, heriblandt at understøtte og fremme udviklingen af det gode og meningsfulde liv og af sundheden hos beboerne i Korsværtparken ved bl.a. at tilbyde beboerne aktiviteter, der kan udvikle sundhed og livskvalitet. Et andet mål for Projekt Bydelssundhed er at medvirke til at øge beboernes deltagelse og engagement i bydelen og dens udvikling ved bl.a. at involvere borgerne i planlægningen, gennemførelsen, evalueringen og forankringen af projektets aktiviteter.

For at undersøge om motionstilbuddet opfyldte Fredericia Kommunes mål om at understøtte og fremme udviklingen af det gode og meningsfulde liv og af sundheden, spurgte vi i spørgeskemaet ind til deltagerens udbytte af motionstilbuddet. Næsten alle deltagere oplevede at få sundheds- og livskvalitetsrelaterede udbytte af motionstilbuddet. I Tabel 2 fremgår det, at over 90 % af deltagerne oplevede at få motion og blive i bedre humør, 80 % oplevede at få et bedre velbefindende og socialt samvær, over 70 % af deltagerne følte sig mindre trætte pga. deres deltagelse og 70 % oplevede at få en større viden om sund livsstil. I spørgeskemaet

spurgte vi deltagerne om forslag til forbedringer af motionstilbuddet. Hovedparten af disse forslag kunne samles under kategorien 'tilfredshed med tilbuddet og et ønske om mere af samme'.

**Tabel 2: Deltagernes udbytte af motionstilbuddet**

98 %	Motion
92 %	Bedre humør
80 %	Velbefindende
80 %	Socialt samvær
74 %	Mindre træthed
70 %	Viden om sund livsstil

En række forhold vidner om at motionstilbuddet også opfylder kommunens mål om at øge beboernes deltagelse og engagement i bydelen og dens udvikling ved at involvere borgerne i planlægningen, gennemførelsen, evalueringen og forankringen af Projekt Bydelssundheds aktiviteter. Motionstilbuddets arbejdsgruppe har løbende foretaget ændringer, så tilbuddet passede bedre til målgruppens ønsker og der er blevet uddannet frivillige kvindelige livreddere blandt Korskærparkens beboere, til at varetage livredderfunktionen i svømmehallen.

## Muligheder og barrierer

Motionstilbuddet *Motion og afslapning i vand kun for kvinder* er på den ene side et eksempel på en succesfuld intervention bl.a. på grund af god opbakning og høj deltagerfrekvens. På den anden side har der været en lang række udfordringer undervejs i interventionen. Tabel 3 opridser tilbuddets styrker og svagheder, som i det følgende vil blive diskuteret.

Motionstilbuddets styrker omfatter beboernes høj grad af ejerskab i tilbuddet, deres ressourcer styrkes og bruges som drivkraft i aktiviteten. Beboernes partnerskab i den sundhedsfremmende indsats vurderes, at have stor betydning for den generelle opbakning og tilslutning til motionstilbuddet.

*"Jeg går til zumba, og jeg kommer engang imellem også til svømning. Fordi det kun er for kvinder. På grund af min religion kunne jeg ikke gå sammen med forskellige mænd."* (Manal 39 år)

Aktiviteten tager mange kulturelle og kønsmæssige hensyn. Det fremgik af interviewene at dette havde en altafgørende betydning for målgruppen. Fraværet af mænd muliggjorde kvinder af ikke-vestlig herkomst deltagelse i tilbuddet.

Rekrutteringen af deltagere til motionstilbuddet er sket gennem andre projekter og aktiviteter i Korskærparken. Derudover har der været stor succes med rekruttering gennem mentorordninger og gennem deltagerne i tilbuddet. Generelt peges der på, at mentorordninger i grupper af etniske minoriteter har succes med at opnå fremmende resultater (Etnisk Erhvervsfremme, 2013).

Svømmetilbuddets svagheder omfatter de praktiske foranstaltninger, som er nødvendige for at kunne tage de kulturelle og kønsmæssige hensyn. Både hvad angår etableringen af enebaderum i bruserrummet og forbuddet om adgang for mænd i svømmehallen.

**Tabel 3: Styrker og svagheder *Motion og afslapning i vand, kun for kvinder.***

<p><b>Styrker:</b>Høj grad af ejerskab Målrettet mod specifik befolkningsgruppe Høj grad af hensyntagen til kulturelle og kønsmæssige forhold Rekruttering gennem lokalt borgerhus, mentorordning og deltagere i motionstilbuddet Lav brugerbetaling Motionstilbuddet udbydes gennem en allerede etableret motionsforening</p>
<p><b>Svagheder:</b> Mange praktiske nødvendigheder (mulighed for enebad, fravær af mænd) Økonomisk støtte nødvendig for den lave brugerbetaling</p>

### **Refleksioner over fremtidige interventioner i forhold til etniske grupper**

Evalueringen af svømmeinterventionen peger på, at en systematisk, målrettet og borgerinddragende intervention kan have succes og nå ud til etniske kvinder. Projektet fra Korsørparken illustrerer, at denne intervention er lykket, fordi den var tilrettelagt med hensyntagen til kønsmæssige og religiøse forhold og i samråd med borgerne i området. Evalueringen viser samtidig, at der ikke findes mange lignende sundhedsfremmende interventioner i regionen, da kvinder fra andre byer også har valgt at rejse for at deltage. Med hensyn til, hvem der ikke deltager, er det lykket projektet at fange de etniske kvinder generelt fra område, men samtidig er det primært de ressourcestærke kvinder som har deltaget og projektet har således ikke kunne nå de mest udsatte borgere i området. Selvom der var en lav egenbetaling på svømmetilbuddet ser det ud som om en af barriererne for manglende deltagelse er dårlig økonomi og en and er fysisk dårligt helbred. Studier har vist, at familier på de laveste sociale ydelser ofte fravælger deltagelse i sociale aktiviteter af økonomiske årsager, herunder deltagelse i motionsaktiviteter (Thorsager & Schneider, 2007). Målsætningen om at trække den økonomiske støtte til projektet tilbage ved udgangen af 2014 vurderes derfor at kunne få negative konsekvenser, da det bl.a. vil medføre en højere brugerbetaling på svømmetilbuddet.

### **Faktaboks:**

Efter Strukturreformen i 2007 er at en stor del af ansvaret for individrettet forebyggelse og sundhedsfremme er blevet lagt ud til kommunerne.

Fredericia Kommune opstartede i 2008 Projekt Bydelssundhed for at reducere kommunens sociale ulighed i sundhed. Projektet er målrettet Korsværtparken.

Projekt Bydelssundheds intervention *Motion og afslapning i vand kun for kvinder* er målrettet kvinder og piger over 12 år, med anden etnisk baggrund end dansk og som er bosat i Korsværtparken.

En evaluering af interventionen er blevet foretaget af Syddansk Universitets Forskningsenhed for sundhedsfremme og Center for landdistriktsforskning under FELIS projektet.

Interventionen opfylder Fredericia Kommunes mål for Projekt Bydelssundhed om at understøtte og fremme udviklingen af det gode og meningsfulde liv og af sundheden hos beboerne i Korsværtparken og medvirke til at øge beboernes deltagelse og engagement i bydelen og dens udvikling.

Faktorer af afgørende betydning for interventionens succes omfatter aktivitetens tilpasning til den specifikke målgruppe, herunder flere kulturelle og kønsmæssige hensyn, beboernes ejerskab i aktiviteten, en lav brugerbetaling samt rekruttering gennem et lokalt borgerhus, mentorordninger og deltagerne.

Interventionens barriere er at den er afhængig af økonomisk støtte udefra og de praktiske foranstaltninger, som er nødvendige for at kunne tage kultur- og kønsmæssige hensyn.

### **Litteratur**

- Andersen, P. T. & Jensen, J. J. (2010). Healthcare reform in Denmark. *Scand J Public Health*, 38, 246-252.
- DIKE (1997). *Danskernes sundhed mod år 2000. Sundhedsadfærd. Sundhedstilstand. Sygelighed. Dødelighed*. København: DIKE.
- Etnisk Erhvervsfremme (7-1-2013). Værktøjer og erfaringer - mentorordninger. Retrieved 31-3-2013, from [http://startvaekst.dk/etniskerhvervsfremme.dk/vaerktoejer\\_erfaringer\\_mentorordninger](http://startvaekst.dk/etniskerhvervsfremme.dk/vaerktoejer_erfaringer_mentorordninger)
- Fredericia Kommune (30-4-2013). Sundhedsprojekter. Retrieved 31-3-2013, from <http://www.fredericia.dk/OmKommunen/Sundhed7000/Sider/sundhedsprojekter.aspx>
- Hansen, A. R. & Kjølner, M. (2006). *Sundhed blandt etniske minoriteter i SUSY-2005*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Holk, I. K., Rosdahl, N., & Pedersen, K. L. (2002). Indvandrerkvinders brug af mammografiscreening. *Ugeskr Læger*, 164, 195-200.
- Kjølner, M., Juel, K., & Kamper-Jørgensen, F. (2007). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Kristiansen, M., Munch-Petersen, M., Diderichsen, F., & Krasnik, A. (2007). *Borgerrettet forebyggelse og lighed i sundhed - planlægning af forebyggende indsatser til socialt udsatte grupper*. København: Sundhedsstyrelsen.

- Ministeriet for by, b. o. l. (2012). *Liste over særligt udsatte boligområder pr. 1. oktober 2012* København: Ministeriet for by, bolig og landdistrikter.
- Mogensen, G. V. & Matthiessen, P. C. (2000). Sundhedsforhold blandt indvandrere. In *Integration I Danmark omkring årtusindskiftet*, Aarhus.
- Nazroo, J. Y. (2003). The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *Am.J.Public Health*, 93, 277-284.
- Senior, P. A. & Bhopal, R. (1994). Ethnicity as a variable in epidemiological research. *BMJ*, 309, 327-330.
- Socialministeriet (2010). *Liste over ghettoområder pr. 1. januar 2011* København: Socialministeriet.
- Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (16-8-2012). Etniske minoriteters sundhed. Retrieved 13-3-2013, from <http://www.sifolkesundhed.dk/Forskning/Befolkningens%20sundhedstilstand/Etniske%20minoriteter%20sundhed.aspx>
- Sundquist, J. & Johansson, S. E. (1997). The influence of country of birth on mortality from all causes and cardiovascular disease in Sweden 1979-1993. *Int.J.Epidemiol.*, 26, 279-287.
- Thorsager, L. & Schneider, M. (2007). *Socialt udsatte borgeres sundhed – barrierer, motivation og muligheder* København: Sundhedsstyrelsen.
- Ulrich, A. (2011). *Muligheder og barrierer for sundhedsfremme i et socialt udsat boligområde - motion og afslapning i vand kun for kvinder som case* Esbjerg: Forskningsenheden for Sundhedsfremme, Syddansk Universitet.