

MASTEROPPGAVE

«Det tilbudet de har fått, har ikke vært noe revolusjonerende, men det er i hvert fall bedre enn ingenting»

En kvalitativ studie om sykepleiernes ivaretagelse av psykisk helse innen somatisk rehabilitering.

Lise Vingsjø Løvar

28.04.2023

Master i Psykososialt arbeid

Avdeling for helse og velferd

Forord

Jeg startet på *Master i Psykososialt arbeid*, høsten 2018, med en innstilling om å ta et år av studiet om gangen. Det er krevende å studere når man er i full jobb, samtidig som man har mann og tre barn man ønsker å tilbringe tid sammen med. Et fireårs studium ble derfor til fem. Summen av alle oppturene og nedturene jeg har erfart underveis i prosessen, viser heldigvis at det har vært flest oppturer. Det ville vært feil å si noe annet, i og med at jeg straks er i mål.

Til tross for at jeg har byttet jobb underveis i masterskrivingen, så har jeg mye å takke min tidligere arbeidsplass for. Uten pasientene, pårørende, kollegaene, sjefen, diskusjonene, frustrasjonene, innspillene, kunnskapen, forskjellene, utfordringene og fellesskapet så hadde ikke dette prosjektet blitt til det det har. Tematikken for prosjektet mitt har sine røtter hos dere.

Jeg har vært heldig som har vært under Professor Anna Lydia Svalastog sine vinger. Jeg trives ikke med å ta stor plass. Jeg liker å jobbe i det stille. Av den grunn har jeg sett på 80% seminaret og muntlig eksamen med skrekk, og opplevd det som en demper på arbeid- og skriveprosessen min. Til tross for det, så har jeg valgt å hvile i Anna Lydia sine forløsende ord som hjalp meg med å senke skuldrene ved begynnelsen av masterarbeidet «Tenk på masteroppgaven som et innspill i en offentlig samtale». Nå er det heldigvis ikke lenge til jeg er helt i mål og kan sove godt om natten igjen. I Anna Lydia sin veiledningsgruppe har det vært stor takhøyde. Takk til mine medstudenter som har dratt meg videre og for at jeg har fått dele av mine refleksjoner, samt lytte til deres. Det har alltid vært lærerikt.

Uten informantene mine så hadde ikke dette prosjektet sett dagens lys. Takk for at dere sa dere villig til å bruke av deres tid for å møte meg, samt dele av deres erfaringer og inkludere meg i deres perspektiver.

Til mine aller nærmeste og kjæreste! Alexander - takk for at jeg har fått drive med selvrealisering i de 20 årene vi har vært gift. Jeg tar det ikke som en selvfølge. Takk for støttende, trøstende og oppmuntrende ord. Takk for at du har hatt ork til å språkvaske mine tekster og det til tross for at jeg ikke alltid har møtt dine innspill med fuglekvisper og et smil. Sammen er vi dynamitt.

Sebastian, Tobias og Josefine - Dere har tilført livet til pappa og meg en ekstra dimensjon.
Jeg er umåtelig stolt av dere og jeg gleder meg til å følge dere videre gjennom livet. Midt i alt
master-kaoset, så er det dere som har vært og er viktigst. Jeg heier på dere – alltid.

Jeg elsker dere alle fire – uten dere, ingen oss!

Sammendrag

Grunnet rehabiliteringspasienten sine sammensatte behov består de ansatte som jobber med denne pasientgruppen av flere yrkesgrupper. Yrkesgruppene skal ivareta både med de medisinske, psykiske og sosiale behovene som pasienten har. Den helhetlige tilnærmingen gjenspeiles i Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2015). Denne oppgaven tar utgangspunkt i sykepleierens perspektiv. Problemstillingen er *Hvordan sikre og forbedre sykepleiernes arbeid med psykisk helse for pasienter i en kommunal rehabiliteringsavdeling?*

Jeg valgte kvalitativ metode og gjennomførte fire individuelle intervjuer. Informantene mine var sykepleiere med betydelig arbeidserfaring. Intervjuene blir presentert med utgangspunkt i tre sentrale temaer. Jeg har inkludert mange sitater fra informantene mine, for at deres stemmer og perspektiver skal komme tydelig frem.

Diskusjonen er delt inn i fire kapitler og bygger på prosjektets forskningsspørsmål og problemstilling, samt hvilke implikasjoner funnene har for praksis. Diskusjonen tar utgangspunkt i teori, aktuell forskning og de funnene som er presentert med utgangspunkt i informantenes utsagn. Resultatene viser at psykisk helse er en nedprioritert del av rehabilitering innen norsk kommunal sektor. De tverrfaglige teamene har interne utfordringer som fremmer ivaretagelsen av fysisk helse, men som samtidig hemmer ivaretagelsen av psykisk helse. Jeg presenterer flere forbedringsforslag i diskusjonen. Flere tverrfaglige treffpunkter underveis i en pasients rehabiliteringsprosess, fokus på samarbeidsklima internt i de tverrfaglige teamene og en restrukturering av hvordan profesjonene er tilknyttet en rehabiliteringsavdeling, er tre av forbedringsforslagene som blir presentert.

Nøkkelord: rehabilitering, sykepleier, somatikk, psykisk helse, helhetlig, tverrfaglig

Abstract

Due to the complexity of needs of the rehabilitation patient, the professionals providing the healthcare to them needs to represent a multitude of professions. It requires a multi-professional team, to attend to both medical, psychological, and social needs of the patient. The holistic approach is reflected in *Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* (Helsedirektoratet, 2015). This thesis takes the vantagepoint of the registered nurse. The problem statement of the thesis being *“How to secure and improve the nurses work with psychological health of patients in a rehabilitation ward of a healthcare unit on the county level?”*

The qualitative research method was chosen as the method most suitable, and four individual interviews were carried out. All informants were registered nurses with considerable work experience. The outcomes of the interviews are presented based on three central topics derived from the interviews. I have included many quotes from my informants so that their voices shine through, and their perspectives become evident.

The discussion is divided into four chapters based in the project’s research questions and the problem statement, and further what practical implications the findings have on the nurse’s work with psychological health. The discussion is based on a selection of relevant theory, current published research, and the presented findings as derived from my research interviews. Based on the research results, it can be concluded that the psychological aspect of rehabilitation is underprioritized in Norwegian rehabilitation wards at county level healthcare institutions. The multi-professional team required for a holistic approach to rehabilitation struggle with internal challenges inhibiting an effective attendance to the psycho-social aspects of rehabilitation, often due to processes designed to make the somatic rehabilitation more cost-effective. Several proposals for improvements are presented and described in the discussion. Top three proposals being an more frequent meeting-points for the multi-professional team throughout a patient’s rehabilitation process, secondly more focus on the collaboration climate internally within the multi-professional team and, third a restructuring of the organization of the rehabilitation wards with regards to where in the healthcare unit (administratively) the professional groups are employed.

Keywords: rehabilitation, nurse, somatics, mental health, holistically, interdisciplinary

Innhold

Forord.....	2
Sammendrag.....	4
Abstract	5
1.0 Innledning	8
1.1 Psykososial tilnærming.....	9
1.1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	10
1.2 Begrepsavklaring og avgrensning.....	11
1.2.1 Bruken av begrepet <i>pasient</i> kontra <i>bruker</i> eller <i>borger</i>	11
1.2.2 Bruken av begrepet tildelingskontor	12
1.2.3 Ulike måter å organisere rehabilitering på.....	12
2.0 Teoretiske perspektiver.....	13
2.1 Det salutogene perspektiv.....	13
2.2 Samhandlingsteori.....	19
2.3 Bakkebyråkratiet	23
2.4 Emosjonelt arbeid og taus kunnskap	25
3.0 Aktuell forskning.....	27
3.1 Sammenhengen mellom soma og psyke.....	27
4.0 Vitenskapsteori og metode.....	30
4.1 Kvalitativt forskningsintervju.....	30
4.1.1 Intervjuguiden	31
4.1.2 Innhenting av informanter	31
4.1.3 Informert samtykke	32
4.1.4 Presentasjon av informantene	33
4.1.5 Gjennomføring av intervjuene	33
4.1.6 Transkribering.....	34
4.2 Forskningsetikk og etiske refleksjoner	34
4.3 Metode for tolkning og analyse	36
4.3.1 Validitet og reliabilitet	37

5.0 Tematisk presentasjon av intervjuene.....	38
5.1 Tverrfaglig samarbeid.....	38
5.2 Kompetanse og erfaring	44
5.3 Organisatorisk/systematikk.....	51
6.0 Diskusjon.....	57
6.1 Sykepleierens ansvar og erfaringer i forhold til oppfølging av psykisk helse.....	57
6.2 Forbedringsforslag i forhold til oppfølgingen av psykisk helse	71
6.2.1 Tverrfaglig samarbeid.....	71
6.2.2 Kompetanse og erfaring	75
6.2.3 Organisering/systematikk.....	77
7.0 Avslutning	82
7.1 Svar på problemstillingen og implikasjoner for praksis.....	82
Litteratur.....	84
Vedlegg 1: Informasjonsskriv	90
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	93

1.0 Innledning

«Norge trenger en rehabiliteringsreform» (Sunnaas, 2021) er et dokument som støttes av brukerorganisasjoner, profesjonsorganisasjoner og fagmiljøer og som tar til orde for at Norge trenger en nasjonal reform innen rehabilitering. Den tar blant annet til orde for at det er behov for en tydelig organisering og ledelse av rehabiliteringstilbudet på ulike nivåer.

Denne oppgaven handler om den helhetlige tilnærmingen innen rehabilitering og ser på hvordan sykepleieren ivaretar psykisk helse når pasientenes hovedproblemstilling er knyttet opp til et somatisk funksjonsfall. Funnene viser blant annet hvor viktig organisering og ledelse er for ivaretagelsen av psykisk helse innen rehabilitering.

Den faglige utviklingen av nasjonale helsetjenester har historisk gått fra silo-tenkning der det har vært somatisk eller psykiatrisk behandling, til å se på spekteret i sammenheng. Dette gjelder ikke minst for rehabilitering, og som Hammel (2015, s 49-50) sier, er rehabilitering mer enn opptrening av kroppsdeler, men heller «... a process of well-being and of attaining – or regaining – a meaningful life in the context of disease, illness, or impairment».

Definisjonen for rehabilitering er:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

(Helsedirektoratet, 2015, s.12)

Definisjonen gjenspeiler flere sentrale aspekter ved rehabilitering. Blant annet helhetlig tilnærming i form av fysisk, psykisk, kognitiv og sosial funksjonsevne, brukermedvirkning, mestring og målsetting.

I *Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* (Helsedirektoratet, 2015, s 6) deles rehabiliteringspasientene deles inn i tre grupper. Pasientens hovedproblemstilling er utgangspunktet for hvilken gruppe pasienten tilhører. Hovedproblemstillingene er knyttet opp mot somatikk, rus eller psykisk helse. Innen somatisk rehabilitering, som er fokuset for dette prosjektet, er hovedproblemstillingen knyttet opp mot somatikken, men helhetlig tilnærming betyr at psykisk helse og rus også skal ivaretas hvis det er et behov.

Det ble gjennomført et forskningsarbeid ved Høgskolen i Østfold i 2016, hvor tema var samhandling. I forbindelse med en artikkel som så på psykisk helse i rehabiliteringen (Hansen, 2018) ble dataene fra forskningsarbeidet re-analysert. På bakgrunn av at informantene ikke brukte begrepet «psykisk helse», ble det derfor satt spørsmålstegn ved om ansatte innen rehabilitering har for lite oppmerksomhet rettet mot psykisk helse (Hansen, 2018, s 129). I intervjuguiden som danner grunnlaget for datainnsamlingen gikk ingen av spørsmålene spesifikt på hvordan den psykiske helsen ble ivaretatt. Det ble kun stilt oppfølgingsspørsmål om pasientens psykiske helse hvis psykisk helse ble et tema når informantene svarte på de andre spørsmålene som ble stilt. Tema kom på banen når informantene brukte begreper som sorg, krise, usikkerhet og angst når de ble bedt om å beskrive hvordan de kartla pasientene. Samtidig sier Hansen (2018, s 131) at ansatte ved rehabiliteringsavdelingene anser psykisk helse som en oppgave for andre enn dem selv og at det ikke ble gitt psykiatrisk oppfølging fordi det ikke var organisatorisk tilrettelagt. Hansen (2018) kan blant annet tolkes til å mene at psykisk helse ikke er ivaretatt tilstrekkelig og baserer dette på det faktum at informantene ikke nevnte uttrykket *psykisk helse* eksplisitt.

I psykososial yrkesutøvelse er det tre temaer som ansees som svært viktig. Temaene er betydningen av sosiale og økonomiske bakgrunnsfaktorer for ulikhet i helse, retten til et godt psykososialt miljø i skolen og på arbeidsplassen, samt (bio)psykososialt arbeid knyttet til enkeltindivider som trenger oppfølging og hjelp i en periode av livet eller gjennom et livsløp (Svalastog, Kristoffersen, Lile, 2019, s 19). Alle temaene er relevant innen rehabilitering og blir omtalt i både teorikapitlene, funn-kapittelet og i diskusjonsdelen.

1.1 Psykososial tilnærming

På lik linje som begrepet *helse*, så kan også begrepet *psykisk helse*, forstås som et nøytralt begrep. Vi kan utdypet begrepet med adjektiver, som for eksempel bra eller dårlig. I

dagligtale blir imidlertid begrepet psykisk helse oftere omtalt som en utfordring enn som en ressurs (Helsedirektoratet, 2014, s 8). Psykisk helse er ikke bare alvorlige psykiske lidelser. Det innebærer også det psykososiale arbeidet som gjøres med utgangspunkt i pasientens egen forståelse av sin historie, livssituasjon, mestring, endring, bearbeiding av brudd i livet etc. (Nissen og Skærbæk, 2014, s 13). Disse temaene har interessert meg i mange år. Jeg har av den grunn skrevet om disse temaene i forskjellige eksamensoppgaver, men da med forskjellige innfallsvinkler (Løvar, 2018, Løvar, 2019) Det psykososiale arbeidet er relevant og nødvendig for rehabiliteringspasienter hvor hovedproblemstillingen er knyttet opp mot et somatisk funksjonsfall. I den psykososiale delen av rehabiliteringen er målet å fremme livskvalitet (Ringstad, 2019, s 181). Ifølge *Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator* (Helsedirektoratet, 2015, s 10) er formålet med tjenestene at pasienten skal oppnå best mulig selvstendig og deltakelse. Det er liten tvil om at et funksjonsfall som midlertidig eller permanent er funksjonshemmende og fører til at pasienten ikke er i stand til å ta vare på seg selv, vil påvirke psyken. Et av elementene som inkluderes hvis man skal ta en vurdering på faglig forsvarlighet innen rehabilitering er om tjenesten tar utgangspunkt i pasientens helhetlige, individuelle behov og mål om best mulig funksjons- og mestringsevne (Helsedirektoratet, 2015, s 15). Så spørsmålet blir da; Får pasientens psykiske helse stort nok fokus når hovedproblemstillingen er somatisk?

1.1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Oppgavens hensikt er å se på kommunale døgninstitusjoner innen rehabilitering, og i hvilken grad sykepleierens kompetanse innenfor psykisk helse er ivaretatt og hva som kan gjøres for å sikre gode helsetjenester i henhold til politiske målsetninger og befolkningens forventninger.

Med nevnte tema som utgangspunkt er problemstillingen: *Hvordan sikre og forbedre sykepleierens arbeid med psykisk helse for pasienter i en kommunal rehabiliteringsavdeling?*

Slik problemstillingen er formulert tar den utgangspunkt i at psykisk helse er i fokus for ansatte ved rehabiliteringsavdelingene i kommunene. Jeg har valgt å formulere den slik fordi *Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator* (Helsedirektoratet, 2011) krever ivaretagelse av dette. Det er ikke et valg om hvorvidt psykisk helse skal være i fokus. Psykisk helse er en likeverdig del av den helhetlige tilnærmingen. For å komme frem til svar på problemstillingene har jeg skissert to forskningsspørsmål. Det første spørsmålet

tar utgangspunkt i hvordan sykepleieren ser på hvordan psykisk helse ivaretas nå, mens det andre tar utgangspunkt i hvordan vi kan forbedre, sett opp mot svarene i det første forskningsspørsmålet. Til sammen, gir svarene på forskningsspørsmålene en mulighet til å svare ut problemstillingen.

Forskningsspørsmål:

1. *Hvilke ansvar og erfaringer har sykepleieren for oppfølging av psykisk helse i tverrfaglige team rundt pasienter i rehabilitering?*
2. *Hvordan kan oppfølging av psykisk helse hos pasienter i rehabilitering forbedres, sett mot sykepleierens erfaringer?*

1.2 Begrepsavklaring og avgrensning

Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2015) er sentral og omtales mange ganger i denne oppgaven. Videre i dokumentet velger jeg å omtale veilederen som veileder for rehabilitering.

Før jeg går videre med å presentere relevant teori og forskning, ønsker jeg å redegjøre for bruken av begrepene pasient og tildelingskontor. I tillegg vil jeg gjøre en avgrensning og med det forklare kort hvor rehabiliteringen som omtales i denne oppgaven finner sted.

1.2.1 Bruken av begrepet *pasient* kontra *bruker* eller *borger*

Det er en diskusjon på hvorvidt man skal bruke begrepet borger, bruker eller pasient i helse- og omsorgstjenestene. Hjerneslagpasienter er et eksempel på en rehabiliteringspasient. I *Nasjonal retningslinje for hjerneslag* (Helsedirektoratet, 2017, 29) står det beskrevet hvilke hjerneslagpasienter som er i behov av institusjonsbasert rehabilitering;

«personer med alvorlige utfall/funksjonssvikt, stort omsorgsbehov og/eller når hjemmet av andre grunner er uegnet som rehabiliteringsarena, kan institusjonsbasert rehabilitering være nødvendig for å kunne heve funksjonsnivået»

Jeg har valgt å bruke begrepet pasient i dette prosjektet. Begrepet pasient gjenspeiler det behovet for hjelp og assistanse denne pasientgruppen har, samt det tjenestenivået de er på. Hadde denne oppgaven sett på rehabilitering organisert på en annen måte, for eksempel, hverdagsrehabilitering som foregår i private hjem, hadde jeg valgt et annet begrep for å omtale hovedaktøren i prosessen.

1.2.2 Bruken av begrepet tildelingskontor

Med ordet «tildelingskontor» mener jeg de som har det administrative ansvaret for de kommunale tjenestene innen helse- og omsorgstjenestene i en kommune. Tildelingskontoret sine arbeidsoppgaver er blant annet å fatte vedtak ved å tildele tjenester – for eksempel tildele «en plass» på en kommunal institusjon. Teoretisk sett søker innbyggerne på en tjeneste, herunder et rehabiliteringsopphold på en kommunal institusjon, og tildelingskontoret tildeler plass etter tilgjengelighet og andre gitte kriterier eller prioriteringer.

Andre brukte navn på tildelingskontoret kan være inntakskontoret, tjenestekontoret, forvaltningskontoret eller bestiller-kontoret. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke tildelingskontoret som betegnelsen på enheten som utfører denne funksjonen.

1.2.3 Ulike måter å organisere rehabilitering på

Rehabilitering kan organiseres på forskjellige måter i forskjellige kommuner, men det essensielle er at tilbudet skal være i samsvar med pasientens behov (Helsedirektoratet, 2015, s 49). Det redegjøres for ulike måter å organisere rehabilitering på, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Tilbudene i kommunehelsetjenesten kan være organisert både i institusjon og utenfor institusjon.

Tilbudene utenfor institusjon kan være tverrfaglige ambulante team, dagtilbud, læring- og mestringstilbud, fysioterapeuter som har avtale med kommunen, hverdagsrehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering, og er omtalt i både veileder for rehabilitering (Helsedirektoratet, 2015, s 53 og 54), samt nasjonale retningslinjer for hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017).

Fokus for denne oppgaven er rehabilitering i institusjon.

2.0 Teoretiske perspektiver

For å imøtekomme rehabiliteringspasientene sine behov er det skissert flere kompetansekrav i veileder for rehabilitering (Helsedirektoratet, 2015, 47-48). Kompetansen er delt i to. Den ene er felles overlappende kompetanse, som skal dekkes av alle i det tverrfaglige teamet. Den felles overlappende kompetansen er å skulle «bistå pasienter i endringsprosesser, herunder endring av levevaner, og trening av ferdigheter hvor mestring er sentralt». Den andre er ulike temaområder som skal være representert i den rehabiliteringsfaglige kompetansen i det tverrfaglige teamet. Kompetansen blir ikke omtalt i sin helhet i denne oppgaven. Derimot vil deler av de mest sentrale og relevante kompetanseområdene for rehabilitering bli dratt inn i de påfølgende teorikapitlene. Teorikapitlene er delt inn i fire og omhandler det salutogene perspektiv, samhandlingsteori, bakkebyråkratiet, emosjonelt arbeid og taus kunnskap. Kompetanse fra veilederen som blir omtalt i teorikapitlene er blant annet veiledningsmetodikk/motiverende intervju, målsettingsarbeid, tverrfaglig samarbeid, endring, brukermedvirkning, læring og mestring.

2.1 Det salutogene perspektiv

I 2020 var det 14 761 personer som hadde tidsbegrenset opphold i kommunal institusjon innen rehabilitering/habilitering. Av disse var 12 % under 67 år, mens de resterende 88 % var over 67 år (Helsedirektoratet, 2020, s 14). Gjennomsnittsalderen på pasientene var med andre ord relativ høy. Det vil derfor være nærliggende å anta at hovedtyngden av pasientene er i en fase av livet hvor de ikke lenger er i arbeid og at eventuelle barn har flyttet hjemmefra. Pasientgruppen innen rehabilitering er todelt. Den ene er de geriatriske pasientene som har flere sykdommer og bruker av den grunn mange forskjellige medisiner samtidig (Krohne, Bergland, 2012, s 236). Hos denne typen pasienter har funksjonsfallet kommet over tid, før det i tillegg har skjedd noe akutt. I møte med den geriatriske pasienten må man drive rehabilitering samtidig som man behandler medisinske problemstillinger (Krohne, Bergland, 2012, s 236). Den andre gruppen er de som fra det ene øyeblikket til det neste har hatt et stort funksjonsfall. Felles for begge gruppene er at de må finne en ny normal. Av de cirka 12 000 personene som får hjerneslag i Norge hvert år må cirka en tredjedel leve med varig funksjonsnedsettelse som påvirker hvordan man lever livet sitt. Dette vil også kunne føre til at man blir avhengig av andre for å klare seg (Helsedirektoratet, 2017, s 205). Forløperen til medisinsk rehabilitering er en sykdoms- og behandlingsorientert

praksis som strekker seg tilbake til slutten av 1800-tallet (Feiring, 2012, s 37). Fremgangen innen medisin bidro til å rette søkelyset mot sykdommer og funksjonstap (Feiring, 2012, s 39). Fokuset var altså rettet mot det syke (patogene). I dag skal rehabiliteringen ta utgangspunkt i pasientens iboende ressurser (Helsedirektoratet, 2015, s 10), altså det friske. Salutogenesen retter fokuset mot faktorer som drar i retning av det friske. Antonovsky har utformet det teoretiske grunnlaget for salutogenesen (Antonovsky, 2012, s 30), hvor «Sense Of Coherence» (SOC) er et sentralt begrep. På norsk kan «Sense Of Coherence» (SOC) oversettes til «Opplevelse Av Sammenheng» (OAS). Med begrepet menes ikke en spesifikk mestringsstrategi, men en grunnleggende innstilling til livet om hvordan vi takler ulike stressfaktorer (Dahl, 2014, s 118-119). Alvorlig sykdom eller skade er en del av livet og kan rokke ved rehabiliteringspasienten sin opplevelse av sammenheng. Det er tre kjernekomponenter i OAS. De er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky, 2012, s 39-41). Meningsfullhet blir sett på som det viktigste av de tre kjerneelementene og blir regnet som motivasjonselementet i OAS. Meningsfullhet innebærer at det man arbeider med og mot, gir mening for individet både rent praktisk så vel som intellektuelt. Læring er en viktig del av rehabiliteringen og kan defineres som «ei relativt varig endring av atferd som følge av øving og erfaring» (Standal, 2012, s 147). Det er ønskelig at pasienten opplever mestring i det han lærer. Det salutogene perspektivet handler om hvordan mestring skapes, hvordan man kan håndtere livet for å gi det mening og hvordan vi kan klare oss med ulike utfordringer i livet (Dahl, 2014, s.115). Antonovsky (2012, s. 42-43) ser på forholdet mellom de tre kjerne-komponentene for å si noe om hvor på skalaen en person vil plassere seg i forhold til opplevelsen av sammenheng. Antonovsky anser motivasjonselementet i opplevelsen av mening, som mest sentral. I følge Antonovsky så trekker pasientens opplevelse av sammenheng i retning mot helse hvis pasientens opplevelse av meningsfullhet er høy.

I rehabilitering er det pasienten som er hovedaktøren (Helsedirektoratet, 2015, s 13). Brukermedvirkningen står sterkt og rehabiliteringen skal ta utgangspunkt i pasientens mål. Dette gjenspeiles i den første setningen i definisjonen for rehabilitering,

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. (Helsedirektoratet, 2015, s.12)

Det er lite forskning knyttet mot effekten av det å ha et mål å jobbe mot i rehabiliteringsprosessen (Scobbie & Dixon, 2014, s 220), men allikevel anses det som viktig. Young, Manmathan & Ward (2008, s. 190) sin kvalitative forskning konkluderte med at målsettingsarbeidet opplevdes som motiverende i rehabiliteringsprosessen. I en rehabiliteringsprosess er «G-AP (Goal setting and Action Planning) Framework» en måte å jobbe med mål på (Scobbie & Dixon, 2014, s 226-227). Deltagerne i en målsettingsprosess vil være pasienten og eventuelt pårørende, samt profesjonene tilknyttet det tverrfaglige teamet. G-AP framework er delt i fire stadier og beskriver prosessen rundt det å jobbe med mål. Lengden på prosessen er like individuell som rehabiliteringspasienten. De fire stadiene, som er oversatt fra engelsk til norsk av meg, er;

1. Å forhandle om mål
2. Å sette et spesifikt mål
3. Tiltak og mestringsplanlegging
4. Vurdering og tilbakemelding

Med utgangspunkt i salutogenesen skal målet for rehabilitering «eies» av pasienten, slik at det arbeidet pasienten må legge ned, gir mening underveis, som igjen er med på å opprettholde pasientens motivasjon. Et av må-kriteriene, som omtales i Nasjonale retningslinjer for hjerneslag (Helsedirektoratet, 2017, s 26-28) når ett tverrfaglig team skal vurdere hjerneslagpasientens rehabiliteringspotensiale, er knyttet opp mot motivasjon. Pasienten må være motivert, eller det må være mulighet for det tverrfaglige teamet å bygge opp pasientens motivasjon.

Hovedmålet til pasienten kan for eksempel være å komme hjem. Før hjemreise er gjennomførbart er det flere delmål som skal nåes, for eksempel at han skal oppnå selvstendig gange med rullator. Del- målet er SMART. SMART er en engelsk forkortelse og betyr at målet er Specific (konkret), Measurable (målbart), Achievable (oppnåelig), Relevant (relevant) og Timed (tidsbestemt) (Scobbie & Dixon, 2014, s.226-227). Målet om selvstendig gange med rullator er både konkret, målbart, oppnåelig, relevant og tidsbestemt. Etter at målet er satt, skal de ulike profesjonene sette inn tiltak. Tiltakene skal rettes mot måloppnåelse for pasienten. Både begripelighet og håndterbarhet kan knyttes opp mot denne prosessen. Håndterbarhet handler om pasienten opplever å ha tilstrekkelig med

ressurser for å kunne nå kravene man blir stilt ovenfor, mens begripelighet handler om hvorvidt pasienten opplever at stimuli man utsettes for, er kognitivt forståelig. I praksis må man derfor ha fokus på om pasienten opplever at tiltakene, for eksempel øvelsene med fysioterapeut, er håndterbare og kan mestres, samt om øvelsene gir mening for pasienten i forhold til målet han jobber mot. Det er viktig at balansen mellom det syke og det friske er justert på en slik måte at pasienten skjønner hvorfor akkurat de tiltakene er valgt for å nå målet, samt at tiltakene gir pasienten en følelse av mestring for å kunne opprettholde motivasjonen. Hjerneslagpasienten sine symptomer vil variere ut fra pasientens allmenntilstand, psykisk balanse, om vedkommende er i ro eller i aktivitet og med ulike stillinger av kroppen (Brodal, 2013, s 349). I praksis vil det bety at pasientens følelse av mestring og om måloppnåelse er innenfor rekkevidde, vil kunne variere fra dag til dag. Dette gjenspeiler hvorfor rehabiliteringen ikke kun er en gradvis oppadstigende kurve.

Antonovsky mener opplevelsen av sammenheng utvikles opp mot ulike livsfaser. Han deler fasene inn i tre; spedbarnsår og barndom, ungdomstiden og voksenlivet (Antonovsky, 2012, kap 5). Det er etter det første tiåret av voksenlivet, når man har fått orden på livsområdene eller akseptert uoverensstemmelsene mellom dem, at man finner sin plass på OAS-skalaen. Erfaringene fra barndommen og ungdomstiden vil forsterkes eller reverseres i voksenlivet når man får mer langsiktige forpliktelser (Antonovsky, 2012, s 130-131). Antonovsky (2012, s 38) mener at en persons opplevelse av sammenheng er avgjørende for hvor han plasserer seg mellom helse og uhelse, og eventuelt beveger seg mot helse eller uhelse.

Recovery nevnes som en pedagogisk tilnærming i veileder for rehabilitering. Recovery oversettes med «å komme seg» og handler om pasientens ressurser og evne til å komme seg etter funksjonsnedsettelse. Recovery kan foregå alene eller med hjelp fra profesjonelle (Helsedirektoratet, 2015, s 11). De trenger kunnskap om muligheter og begrensninger og akseptere at livet har endret seg. Pasientene må finne veien videre med nye løsninger og mestringsstrategier. Både empowerment og recovery nevnes i veileder for rehabilitering (Helsedirektoratet, 2015, s 11) som to pedagogiske tilnærminger for å fremme pasientens mestring. Recovery oversettes med «å komme seg» og handler om pasientens ressurser og evne til å komme seg etter funksjonsnedsettelse, mens empowerment oversettes med «å komme seg» og har fokus på myndiggjøring, samtidig som man vektlegger ressurser fremfor mangler.

Ifølge veileder for rehabilitering er målet for rehabiliteringen at pasienten skal oppnå størst mulig grad av selvstendighet, deltagelse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2015, s 9). I tillegg til den fysiske justeringen, skal rehabiliteringspasienten også finne en «ny normal» psykososialt, og må ta stilling til et hav av relativt dype og eksistensielle spørsmål. En husmor som har store deler av sin identitet knyttet opp mot ivaretagelse av familien, vil slite med problemstillinger som «hvem er jeg nå, som mamma, mormor og oldemor, når jeg ikke lenger kan stå på kjøkkenet å lage mat til de som betyr aller mest?». Pasienten kan også for første gang, bli stående ansikt til ansikt med sin egen eksistens og dødelighet.

Funksjonsfallet og det syke kan bli en bekreftelse for pasienten om at han lever på slutten av livet. Det blir det tverrfaglige teamet sin jobb å veilede pasienten i å anerkjenne det syke, men samtidig dreie fokuset mot det friske. Eller for å si det på en annen måte veilede pasienten fra en følelse av håpløshet til en følelse av mestring og håp. Antonovsky mener at det er fire hovedområder man skal investere i for å ikke tape ressurser eller mening over tid. Disse er indre følelser, sosiale relasjoner, eksistensielle spørsmål og de aktivitetene man fyller livet sitt med (Dahl, 2014, s. 118 og 120).

Ifølge veileder for rehabilitering (Helsedirektoratet, 2015, s 13) skal spørsmålet «Hva er viktig for deg?» gi retning for tjenesten. «Hva er viktig for deg?»-metodikken hører til Motiverende Intervju (MI). Motiverende intervju er en samtale mellom en hjelper og en klient. Temaet for samtalen er et felles prosjekt om endring som klienten skal gjennomføre. Det er selve motivasjonsprosessen rundt endringen som er i fokus for samtalen (Barth, Børtveit, Prescott, 2013, s 14-15). Innen rehabilitering er motivasjon essensielt for pasienten i arbeidet med å takle medisinske problemer, justere seg i forhold til fysisk funksjonshemming, komme tilbake i jobb, vende seg til en kognitiv funksjonsnedsettelse, forbedre psykososial funksjon, og komme seg ut av avhengighetsproblematikk (Wagner, McMahon, 2004, s 153).

Motivasjon kan man dele inn i indre og ytre motivasjon. En måte å bidra til økt motivasjon er å anerkjenne den motivasjonen pasienten allerede har, relatere det til for eksempel pasientens mål, samt å balansere dette opp mot ytre og indre motivasjonsfaktorer på hva sykepleieren anser å være riktig måte opp mot den enkelte pasient (Moltubak, 2020, s 145-146). Indre motivasjon knyttes opp mot pasientens indre liv, lyst, interesse, nysgjerrighet og indre tilfredsstillelse. Disse faktorene egner seg til å gi motivasjon over tid. Svakheten er at noen ganger er den indre motivasjonen rett og slett ikke til stede. Ytre motivasjon knyttes

opp mot det som ligger utenfor pasienten som krav, straff og belønning. Styrken til ytre motivasjon er at de egner seg til å gi en kjapp start. Svakheten er at den ikke gir jevn motivasjon over tid (Moltubak, 2020, 143-145). En MI-samtale er klientsentrert og det er ulike teknikker i en MI-samtale som hjelperen tar i bruk for å dreie samtalen i retning av endring. Teknikkene er bruk av lukkede og åpne spørsmål, refleksjoner, oppsummeringer og bekreftelser (Barth, Børtveit, Prescott, 2013, s 47-59).

For å dreie pasienten i en retning av endring, må sykepleieren ha et bevisst forhold til bruk av ulike teknikker i samtalen. Sammen med pasienten skal sykepleieren utforske ambivalensen som pasienten kan kjenne på relatert til å gjennomføre en endring (Barth, Børtveit, Prescott, 2013, s 77-81), samt jobbe med motstanden (Barth, Børtveit, Prescott, 2013, kap 6). Dette kalles endringssnakk. Metoden tar utgangspunkt i pasientens utsagn og skal ivareta brukermedvirkning. Sykepleieren skal styre fokuset i samtalen mot å erkjenne hvor motstanden ligger, samt å redusere den, for å utvikle og implementere planer som initierer og vedlikeholder endring (Wagner, McMahon, 2004, s 154). Til tross for at elementene i MI kan fremstå som manipulerende, så er ikke intensjonen å manipulere klientene til å gjøre hva andre forventer av dem. Intensjonen er å hjelpe klientene til å oppdage og forandre atferd og oppfattelser som hindrer de i å oppfylle egne håp og mål (Wagner, McMahon, 2004, s 155). MI organiseres, i all hovedsak, som en planlagt samtale mellom klient og behandler, men man kan også bruke elementer fra MI i forskjellige situasjoner som pasient og sykepleier befinner seg i, som stell, gå-trening, dobesøk etc. I slike settinger tar man utgangspunkt i aktuelle hendelser mens de skjer, eller like etter, og dreier det pasienten opplever som problemer og utfordringer hvor fokuset ligger på noe som ikke fungerer, altså det syke, til ressursene, hvor fokuset ligger på det friske. Dette kan for eksempel gjøres ved å koble det pasienten opplever som utfordringer i nåtid opp mot pasientens fremtid. Med utgangspunkt i Antonovskys fire temaer han mener er verdt å investere i for å ikke tape mening kan sykepleiere dra inn relevante temaer hun har lært om og av pasienten, grunnet relasjonsbyggingen sykepleier og pasient har gjort over lengre tid, og knytte de sammen med.

I tillegg til det rent somatiske, ligger det til teamet også å hjelpe pasienten med å rekonstruere sin egen livsbiografi, for å finne mening i det som har skjedd. Ringstad (2016) beskriver at autonomi, i form av kompetent samtykke er av mindre betydning i forhold til

pasienter med funksjonsnedsettelse, og argumenterer for at man heller må forholde seg til faktisk autonomi. Autonomi blir mer et spørsmål om hvordan han forholder seg til den nye statusen i livet enn å ta beslutninger relatert til spesifikke helsebehandlinger. Når aktiviteter spilte en viktig rolle i selvpåfattelsen ikke kan fortsette så blir spørsmålet om autonomi å finne ut på nytt hvem er jeg og hva slags person vil jeg være i forhold til de nye begrensningene man er tildelt. Å finne disse svarene er i stor grad noe pasienten gjør selv ut ifra å rekonstruere sin livsbiografi. Denne er ikke nødvendigvis eksakt i forhold til fakta, men den bygges opp rundt hva som gir pasienten en mening med livet, og den kan også inneholde pasientens tanker om videre behandling og rehabilitering hentet fra mer eller mindre gode kilder om tilstanden. For å rekonstruere livsbiografien er det viktig for behandler å bistå med fakta om det inntrufne samt rehabiliteringen. Det er samtidig viktig å anerkjenne det pasienten har konstruert for seg selv, og anse dette som et uttrykk for pasientens ønske om medvirkning.

2.2 Samhandlingsteori

Samhandling er samarbeid der det er flere enn en aktør som har kontroll i en prosess eller gjennomføringen av en oppgave (Bukve & Kvåle, 2014, s 16). Overflytting av en pasient fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten er et eksempel på samhandling. Den 1.1.2012 trådte Samhandlingsreformen i kraft. Det er kommunene som «eier» pasientene. Flere av oppgavene ble flyttet fra spesialisthelsetjenesten og til kommunene. Dette skulle være med på å bedre effektiviteten i Helseforetakene (Torjesen & Vabo, 2014, s 138). Kommunene plikter å ta imot pasientene etter et sykehusopphold. Dette har ført til ulike former for korttidsopphold (Brodtkorb, 2021). De fleste av pasientene som får tildelt plass på en kommunal rehabiliteringsinstitusjon kommer fra spesialisthelsetjenesten. Hvis kommunen ikke er i stand til å ta imot pasienten, er kommunen pliktig til å betale spesialisthelsetjenesten for antall døgn pasienten blir værende etter at pasienten er meldt utskrivningsklar. Disse døgnene blir kalt for overliggerdøgn. Dette beskrives i Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, § 13 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). For 2023 er denne kostanden på 5508 kr pr overliggerdøgn (Helsedirektoratet, 2019). Det ble i 2019 gjennomført en kartlegging av overliggerdøgn, som viste at norske kommuner de tre foregående årene hadde blitt fakturert for 150 000 overliggerdøgn. Fra kommunene er det derfor satt inn tiltak for å redusere antall overliggerdøgn og kostnadene knyttet til

dette. For eksempel så gikk Tønsberg kommune fra over 1000 overliggerdøgn i året til 80. Tidligere hadde pasientene i Tønsberg blitt overflyttet fra sykehus til kommune med et standardisert vedtak et på tre ukers opphold. Et av tiltakene de iverksatte for å redusere antall overliggerdøgn var å innvilge pasientene opphold ut ifra reelle behov og ønsker. De fikk ikke lenger automatisk innvilget et opphold på tre uker (Bergsagel, 2021).

En rehabiliteringsavdeling ledes av en mellomleder og har ansvaret for de ansatte som er tilknyttet avdelingen. En mellomleder står i press mellom avdelingens kjerneoppgaver og politiske og administrative føringer. Mellomlederen skal forholde seg til retningslinjer fra både stat og kommune, samt lede personalet på avdelingen som møter behovene til pasienter og pasientenes pårørende i en vanskelig og sårbar situasjon (Rasmussen, Vabø, 2014, s 94). For å kunne møte bredden i rehabiliteringspasientene sine behov er de ansatte tverrfaglig sammensatt. Dette gjelder også på kommunalt nivå. Veilederen skisserer at de sentrale profesjonene innen rehabilitering er ergoterapeuter, fysioterapeuter, leger, psykologer, sosionomer, sykepleiere, vernepleiere og helsefagarbeidere. I tillegg nevnes det at noen av disse bør ha videreutdanning. Videreutdanning i rehabilitering og psykisk helse er spesifisert (Helsedirektoratet, 2015, s 47). Det står og nevnt at kommuner som har egne tildelingskontor bør ha kompetanse innen rehabilitering blant personellet (Helsedirektoratet, 2015, 46). Tverrfaglig samarbeid handler om samarbeid mellom ulike profesjoner som har en felles oppgave eller et felles prosjekt. Sykepleieren er en viktig deltager i det tverrfaglige teamet rundt pasienten. På en rehabiliteringsavdeling er det sykepleieren, sammen med helsefagarbeideren, som har ansvaret for pasienten 24/7. Kirkevold (2010) sin forskning sier at sykepleie utgjør en vesentlig del av det tverrfaglige rehabiliteringsteamet. På tross av det kan sykepleiere ha vansker med å formidle hvilke arbeidsoppgaver de har og hvordan de bidrar inn i rehabiliteringsprosessen ovenfor de andre deltagerne i det tverrfaglige samarbeidet (Kneafsey, Long, Ryan, 2003). Tverrfaglig samarbeid innebærer at man skal ta felles beslutninger og at man derfor må ta i bruk andre faggruppers kunnskap og ferdigheter (Willumsen, 2009, s 21). I denne sammenheng handler det om rehabiliteringsprosessen av en felles pasient hvor det er samarbeid på både personnivå og organisasjonsnivå. Samarbeid på personnivå er samarbeid mellom profesjonelle og/eller profesjonelle og brukere, mens samarbeid på organisasjonsnivå er samarbeid mellom organisasjoner og tjenester (Willumsen, 2009, s 35) for eksempel mellom

spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten eller mellom to ulike enheter i samme kommune.

Brodtkorb (2021) gjennomførte en studie med både observasjon og intervjuer hvor hensikten var å utforske faktorer som fremmet gode pasientforløp i korttidsavdeling på sykehjem. Det ble kartlagt seks ulike faktorer, hvor alle kunne knyttes opp mot samhandling som det overordnede temaet. Funnene indikerer at samhandling fremmer gode pasientforløp, både innad i det daglige arbeid, med pasient og pårørende, på tvers av nivåer samt utvikling av tverrprofesjonelt samarbeid (Brodtkorb, 2021).

Noen ganger fungerer ikke samarbeidet i det tverrfaglige teamet slik man skulle ønske. Utfordringene i samarbeidet kan være knyttet opp mot både strukturelle og kulturelle hindringer (Axelsson & Axelsson, 2009, s 105). De strukturelle kan være i form av lovreguleringer, regler/retningslinjer og administrative grenseoppganger, mens de kulturelle forskjellene kan knyttes opp mot språkbruk, holdninger og verdier. Dette kan vanskeliggjøre både kommunikasjon og samarbeid. Revirtenkning er en gjenganger, og begrepet brukes for å beskrive friksjoner i et tverrfaglig samarbeid basert på hvilken fagprofesjon som «eier» et fagområde eller skal være førende for prosessen. Revir er ofte brukt i dyreverden for å beskrive et territorium som et individ, eller en flokk, regjerer over. Blant profesjonelle grupper brukes begrepet revir i en overført betydning når man forsvarer sine roller, kunnskaper og tilnæringsmåter som tilhører «sin» fagprofesjon. Denne type revir er mer abstrakt enn slik det brukes i dyreverden. Revir i et tverrfaglig samarbeid kan sees på som en barriere for samarbeid (Axelsson & Axelsson, 2009, s 105). Det er ønskelig at det tverrfaglige samarbeidet skal være preget av altruisme. Altruisme er når man ikke hegner om egne interesser, men klarer å løfte blikket for å ivareta allmennhetens interesser (Axelsson & Axelsson, 2009, 109). For å gå fra revirtenkning til altruisme ved tverrfaglig samarbeid, må de profesjonelle gruppene evne å se utover sine egne interesser og til og med være villig til å gi opp noe av sitt profesjonelle revir til det beste for pasientens behov. Klarer man å ivareta pasientens beste på den måten, og ikke slåss for egne interesser, kalles det altruisme (Axelsson & Axelsson, 2009, s 109)

Et eksempel på en problemstilling der revirtenkning kan falle uheldig ut innenfor en rehabiliteringsprosess kan være når det tverrfaglige teamet skal diskutere hvor pasienten er i rehabiliteringsprosessen i forhold til utskrivelse til eget hjem, og en profesjon eller

fagområde forsøker å overkjøre de andre i teamet. En pasient har satt seg som hovedmål om å kunne flytte hjem igjen. Et av delmålene på den veien er selvstendig gange med rullator. På grunn av funksjonsfallet etter akutt sykdom har pasienten slitt med å finne en ny normal. Pasienten har følt på sorg over tapt funksjon og hatt vanskeligheter med å akseptere at han må leve resten av livet med endret funksjon. Pasienten har nådd delmålet om selvstendig gange med rullator, men ønsker å prøve seg hjem på permisjon før han skrives ut. Under permisjonen håper pasienten at han skal erfare at det er trygt å bo i eget hjem med endret funksjonsnivå. På den måten får pasienten en opplevelse av mestring. De ansatte har gitt pasienten en følelse av trygghet over lengre tid og pasienten opplever det som vanskelig å slippe taket. I forhold til utskrivelse blir spørsmålet for det tverrfaglige teamet; når er pasienten godt nok rehabilitert slik at han kan skrives ut til eget hjem fra rehabiliteringsavdelingen?

Svaret på dette spørsmålet kan variere ut ifra hvem du spør, og om profesjonen evner å ha et helhetlig perspektiv eller kun vektlegger somatikk, psykososialt, eller økonomi. Fysioterapeuten vil kunne si at delmålet om selvstendig gange med hjelpemiddel er nådd og anbefale hjemreise. Fysioterapeuten vil samtidig kunne støtte seg til veileder for rehabilitering som sier at tjenestene som tilbys skal ytes «i eller nærmest mulig pasientens vante miljø», fordi rehabiliteringen har best effekt når den gjennomføres på de arenaene hvor livet skal leves (Helsedirektoratet, 2015, s 11.) Ergoterapeuten vil kunne informere om at hjemmet er ferdig tilrettelagt, men at det vil være en fordel for pasienten å dra hjem på permisjon før utskrivelse. På den måten får ergoterapeuten muligheten til å justere hjelpemidlene i hjemmet etter at pasienten har fått prøvd de ut. Sykepleieren ser pasienten hele døgnet og kan si noe om hvor langt pasienten har kommet både i forhold til fysisk funksjon og ADL, men også i forhold til psykososiale spørsmål. Sykepleieren vil anbefale at pasienten får innvilget permisjon før utskrivelse. Anbefalingen kan begrunnes i definisjonen for rehabilitering som både gjenspeiler den helhetlige tilnærmingen og pasientens rett til brukermedvirkning. I forbindelse med *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016) ble definisjonen for rehabilitering endret i 2018, til slik den er i dag, blant annet for å styrke pasientens rett til brukermedvirkning. I diskusjonen rundt inntak av pasient, utvidelse av en pasient sitt opphold, og utskrivelse av pasient, er ofte tildelingskontoret også en aktiv deltager.

Tildelingskontoret vet hvor mange som venter på plass, og som kanskje kommunen betaler overliggerdøgn for på sykehuset. I diskusjonen innad i det tverrfaglige teamet kan det oppstå uenigheter i vurderingen av pasientens fysiske, psykiske og sosiale funksjon når man skal diskutere en utvidelse eller utskrivelse av en pasient sitt opphold. Det kan skyldes ulik vektning av kriterier mellom profesjonene, med bakgrunn i varierende grad av revirtenkning, som forsterkes dersom pasienten er av en bestemt oppfatning ene eller andre veien. Med tildelingskontoret sin tilstedeværelse i diskusjonen vil også pasientens funksjonsnivå bli sett opp mot etterspørsel av rehabiliteringsplasser og kommuneøkonomi. Avvikende oppfatninger omkring innleggelse eller utskrivning kan oppstå mellom pasienten, det tverrfaglige teamet og tildelingskontoret.

2.3 Bakkebyråkratiet

Lipsky (1980) introduserte begrepet bakkebyråkratiet. Bakkebyråkratiet er knyttet opp til velferdsorganisasjoner, hvor det jobber bakkebyråkrater. Bakkebyråkrater er yrkesutøvere som jobber nært mennesker (Vabø, 2014, 30). Deltagerne i det tverrfaglige teamet på en rehabiliteringsavdeling er eksempler på bakkebyråkrater. Bakkebyråkratene stilles ovenfor motstridende krav. De står i gapet mellom ulike motstridende mål, samtidig som ressursene er få og det er ulike velferdspolitiske visjoner. Dette fører til at bakkebyråkratene må justere og tilpasse forventninger og krav til de betingelsene som finnes. Deltagerne i det tverrfaglige teamet skal forholde seg til et litt ullent mål, om en ferdig rehabilitert pasient, på den ene siden, opp mot et misforhold mellom tilgjengelige ressurser og velferdspolitiske visjoner på den andre siden. Det skaper et gap, som sykepleieren, eller bakkebyråkraten, må gjøre sine egne tilpasninger for å tette. Bakkebyråkratiet må modere mål og direktiver som kommer ovenfra for å imøtekomme etterspørsel, arbeidsmetoder og ressurser (Vabø, 2014, s 30-31, 36). Det tverrfaglige teamet innen rehabilitering består av flere ulike profesjoner, hvor alle er bakkebyråkrater. De vil ha ulike måter å tette gapene på. Et eksempel kan være når den politiske/administrative ledelsen presses til å effektivisere, men mangler dokumenterbare bevis for at kostnadskutt forringer kvaliteten. For å knytte dette opp til praksis, så kan leder velge å ikke leie inn ved sykdom hos personalet. De kan også unngå å øke bemanningen når avdelingen får inn en pasient med et stort funksjonsfall og krever flere pleiere tilgjengelig i stedet enn det som er normen. I begge tilfellene blir det derfor færre pleiere til like mange pasienter. Personalressurser skjæres inn til benet, men ansvaret blir ikke redusert

tilsvarende (Vabø, 2014, s 31). Det er like mange pasienter som skal være ferdig med morgenstellet, og ha spist frokost, innen de har treningstid med fysioterapeut eller ergoterapeut. Det blir dermed opp til hver enkelt sykepleier, eller kall det gjerne bakkebyråkrat, å vurdere hvilke tiltak man skal endre på for å komme i mål med dagens gjøremål ut ifra at det er færre mennesker på jobb til å gjøre den samme jobben. Vurderingen gjøres ut fra kompetanse, både den formelle i form av teorier, praktiske metoder, yrkesetikk, men også med skjønn og hva man mener er til «det beste» for pasienten. De motstridende kravene som bakkebyråkraterne står i, er mange flere. I arbeidet med rehabiliteringspasientene er det et gitt antall rehabiliteringsplasser, men samtidig en tilstrømning av pasienter. Sykepleieren skal ivareta pasientens helhetlige rehabiliteringsprosess og rett til brukermedvirkning, samtidig som tildelingskontoret sitter med beslutningsmyndigheten for når et opphold avsluttes. Økonomi og overliggerdøgn har en sentral rolle i denne vurderingen. For å sikre at bedre effektivitet i Helseforetakene oppnås, flyttes flere oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Torjesen & Vabø, 2014, s 138). I praksis betyr det at pasientene skrives tidligere ut fra sykehus sammenlignet med før samhandlingsreformen. Kommunene har valget mellom å ta imot pasientene, eller å betale for overliggerdøgn. Hvis det ikke er ledige rehabiliteringsplasser, må man skrive ut en pasient som allerede er inneliggende eller, i påvente av plass, gi den som søkte et annet tilbud om korttids plass.

Det er tett forbindelse mellom emosjonelt arbeid og de strategiene som brukes for å lukke gapet mellom politiske idealer og tilgjengelige ressurser (Vabø, 2014, s 36). Vabø (2014, s 30,33) beskriver at gapet som oppstår dekkes opp av sykepleier. Fordi det i et bakkebyråkrati oppstår er styringsparadoks, vil ikke variasjonen av situasjoner, handlinger og utfall la seg styres eller kontrolleres, og følgelig blir det opp til den enkelte sykepleier å ivareta forsvarligheten av egne valg i forhold til «etikk i praksis». Dette krever opplæring i yrkesetiske problemstillinger, yrkesetiske veiledere, men også en betydelig dose erfaring i arbeidet. Det er en opplagt fare at den enkelte sykepleier føler på et personlig ansvar som ikke understøttes i administrasjonen, og vil ved dette kunne føle seg alene i vanskelige etiske valg knyttet opp mot pasienters helhetlige behandling. Vabø (2014, s. 42) belyser også betydningen av det kollegiale som en arena for erfaringsdeling og læring på tvers, og at det kan være til nytte for den enkelte sykepleier som trenger å få lettet hjerte.

2.4 Emosjonelt arbeid og taus kunnskap

Sykepleierens kanskje viktigste «håndverks-triks» for yrkesutøvelsen er muligens evnen til å bygge relasjoner med (rehabiliterings)pasienten. Å bygge relasjon kan sees i sammenheng med sykepleierens emosjonelle arbeid. Sykepleieren kan på ulike måter endre pasientens sinnsstemning gjennom egen oppførsel og egne følelsesuttrykk. Begrepet emosjonelt arbeid innebærer ulike gester og uttrykksformer – smil, humor, vennlig småprat, høflige fraser, omtensomme spørsmål, lyttende pauser, unnskyldninger og forklaringer. Emosjonelt arbeid anses som særlig viktig i helsesektoren hvor en del av hensikten er å fremkalle bestemte følelsesmessige tilstander hos pasienten – verdighet, trygghet, livsmot og mestringstro (Vabø, 2014, s 35). Strauss m.fl. (1985, s 129) pekte på at det praktiske arbeidet som foregår i sykehus hang tett sammen med anstrengelsene som gjøres for å påvirke pasientens følelser. En godt fungerende sykepleier som veksler mellom ulike uttrykk og følelsesregistre omtales som en emosjonell sjonglør (Vabø, 2014, s. 38). Noe av poenget var å få pasientene til å føle seg ivaretatt og behandlet som et menneske til tross for de påkjenningene de ble utsatt for som en del av behandlingen. De kalte arbeidet for «*interactional work*», som på norsk oversettes til *samhandlingsarbeid*. I tillegg til samhandlingsarbeid så navnga Strauss og hans kollegaer også andre former for emosjonelt arbeid. To eksempler er *tillitsarbeid* og *biografisk arbeid*. Tillitsarbeid er det arbeidet sykepleieren gjør for at pasienten skal stole på dem, for eksempel ved å inngå avtaler. Biografisk arbeid handler å tilegne seg kunnskap om pasientens liv med henblikk på å kunne oppmuntre pasienten til å håndtere egen sykdom og funksjonshemming. Det emosjonelle arbeidet er avgjørende for at behandlingen blir gjennomført (Vabø, 2014, 35) effektivt. Behandlingen er rehabiliteringen av en pasient.

I tillegg til det teoretiske fundamentet og praktiske ferdigheter knyttet til utøvelse av sykepleieryrket, er det som kjennetegner en god sykepleier en betydelig mengde erfaring med å lese ubevisst kommunikasjon fra pasienter og omgivelser. I møte med pasient, pårørende og deltagerne i det tverrfaglige teamet så har sykepleieren behov for taus kunnskap. Taus kunnskap vil si kunnskap som sykepleieren tar i bruk når de gjenkjenner ansikter, tolker sinnsstemning ut fra ansiktsuttrykk, eller tolker en mening ut fra hvordan en pasient uttrykker, eller bevisst ikke uttrykker, seg. Litt på samme måte som en håndverker bare «vet» hvordan et redskap skal anvendes i praksis. Taus kunnskap får man gjennom livserfaring og praksis, og sitter i fingrene eller i bevisstheten uten at man klarer å tilbakeføre

den til teorier, prinsipper eller handlingskriterier (Vabø, 2014, s 34). Høgbakk og Jakobsen (2019) gjennomførte en studie hvor hensikten var å belyse faglige utfordringer og kompetansebehov på en intensivsenhet. I studien ble fem intensivsykepleiere intervjuet slik at de kunne dele av sine erfaringer. Intensivsykepleierne erfarte at det var nær sammenheng mellom kompetanse, trygghet, faglig selvtillit, kvalitet og pasientsikkerhet.

Sykepleieren beskrives som en praktiker, som er nødt til å finne løsningen på den akutte utfordringen i en gitt situasjon. En godt fungerende sykepleier kjennetegnes derfor ved at arbeidet utføres gjennom innbakte ferdigheter, som for eksempel å lese og samhandle med pasienten. Dette refereres til som taus kunnskap. Å benytte seg av denne erfaringen og kunnskapen med å lese pasienten og deretter handle på en fornuftig måte for å oppnå ønsket resultat er emosjonelt arbeid (Vabø, 2014, s 34-37). Emosjonelt arbeid dokumenteres som helt avgjørende for å oppnå behandlingsmål, fordi behandlingssuksess i forhold til de psykososiale aspektene av rehabilitering avhenger av kommunikasjon og tillit mellom den som behandler, og den som blir behandlet. Emosjonelt arbeid er basert på å kunne forholde seg til pasienten og forstå denne, samtidig som valg og handlinger som velges er i tråd med behandlingen. Denne kunsten utvikles over tid, og emosjonelt arbeid blir en naturlig del av yrkesutøvelsen. Denne kompetansen avhenger av den enkeltes utgangspunkt, personlighet og væremåte, den den er ikke direkte målbar og finnes ikke på et vitnemål eller i en yrkestittel. Å mestre emosjonelt arbeid er personavhengig, og avhenger personlige egenskaper, kompetanse, temperament, livserfaring og talent. Sykepleiere som behersker sin rolle, blir beskrevet som en emosjonell sjonglør. Tilliten og engasjementet oppstår mellom pasient og sykepleier gjennom det hverdagslige som samtaler, og ved at sykepleieren yter det lille ekstra som betyr så mye for den enkelte pasient (Vabø, 2014, s 38-39). Rammebetingelsene for emosjonelt arbeid er sterkt varierende (Vabø, 2014, s.42-43), og emosjonelt arbeid er vanskelig å måle. At den vanskelig er målbar er utfordrende når organisasjoner tvinges til å effektivisere, da kun oppgaver som kan måles blir tellende. Bemanningsbehovet vurderes kanskje i stor grad av utenforstående som har en administrativ funksjon, og man tenderer til å få en «behandlings»-funksjon og «bestiller»-funksjon, der sistnevnte tenderer å bli for perifer i forhold til behandlings-/rehabiliteringsprosessen (Vabø, 2014, s.44).

3.0 Aktuell forskning

I tillegg til den aktuelle situasjonen som rehabiliteringspasienten står i, har de også med seg en historie som påvirker den prosessen de nå står i. Eksempler som påvirker prosessen kan være pasientens opplevelse av smerte, tidligere brudd i livet og ulike former for krenkelser. Kirkengen og Næss (2015) redegjør for hvordan ulike smertetilstander, lammelser, kramper etc kan være uttrykk for tidligere opplevelser i livet.

3.1 Sammenhengen mellom soma og psyke

Utgangspunktet for rehabiliteringen er pasientens mål. Målet blir satt i begynnelsen av oppholdet. Målmøte gir det tverrfaglige teamet en mulighet til å bli kjent med pasienten ved å stille spørsmål, men også ved å lytte til pasientens historie. Historien som pasienten forteller om seg selv og om det nylig inntrufne, samt sine begrensninger og muligheter, kan brukes i behandlingen (Huby & Langsholt, 2018, s 203).

Rehabiliteringspasienten kan slite med smerte. Smerter kan knyttes opp mot funksjonsfallet pasienten er innlagt for, men det kan også være en selvstendig problemstilling som har vart over en lengre periode. Smerter kan være en medvirkende årsak til at rehabiliteringsprosessen ikke bare består av fremgang. Smerter deles inn på flere måter. Den kan blant annet deles inn i akutt og kronisk smerte, lokalisasjon og intensitet. Akutt smerte kan vare i inntil tre måneder. En smerte som varer i over tre måneder betegnes som langvarig eller kronisk smerte (Stubhaug & Ljoså, 2016, s 32-33). I definisjonen av smerte som IASP (International Association for the Study of Pain) bruker, sier man blant annet at smerte er både en sensorisk og en emosjonell opplevelse (Brodal, 2013, s. 230). Definisjonen gir rom for å se på smerteopplevelsen som et samspill mellom tanker, handling og følelser (Jensen, Karoly, 2011, s 20). Behandling av smerter kan deles inn to grupper; medikamentell behandling og ikke-medikamentell behandling. Tolkningen av smertesignalet betyr mye for pasientopplevelsen. En del pasienter utvikler derfor ugunstige strategier for å håndtere smertene. Et eksempel på ikke-medikamentell behandling er kognitiv adferdsterapi, hvor man tar utgangspunkt i pasientens tanker, forestillinger og atferd. Strategiene kan for eksempel være å begrense verstefallstenkning i forhold til økt smerte og liten kontroll, negative tanker og depresjon, samt en søken etter ulike måter å behandle smerten på (Stubhaug & Ljoså, 2016, s 35-46). Haugstad, Kirsti, Leganger, Haakonsen & Haugstad (2011) forsket på kvinner med kroniske gynekologiske smerter for å se om pasientene ville ha bedre

effekt av en somato-kognitiv tilnærming. Tilnærmingen er en hybrid mellom fysioterapi og psykoterapi i tillegg til standard gynekologisk behandling (gruppe 1), kontra kvinner som kun fikk standard gynekologisk behandling (gruppe 2). Behandlingen varte i tre måneder. VAS, som er en skala for å kartlegge smerter (Torvik, Skauge & Rustøen, 2016, s 55), viste at pasientene i gruppe 1 hadde mindre smerter, at denne minsket med 48% etter tre måneder og 64% etter ni måneder, kontra baseline. For kvinnene som bare hadde fått standard gynekologisk behandling var smertene uendret. Haugstad et al sin hypotese er at smertene ble redusert på bakgrunn av ulike kombinasjoner av at pasientene fikk en annen erfaring av smerten mot en positiv kroppssopplevelse, at de mestret de daglige aktivitetene bedre, forbedret lymfedrenasje og endret smerteoppfatning på grunn av sentral behandling av smerte stimuli i hjernen og ryggmargen.

Gullstandarden for vurdering av pasientens smertenivå er ansett å være pasientens selvrapporing (Dansie & Turk, 2013, 21). Et av målene ved rehabilitering er at pasienten skal ha livskvalitet (Helsedirektoratet, 2015, s 9). For nå målet må vi ha fokus på smerte innen rehabilitering. Smerte påvirker livskvaliteten fordi den påfører betydelig nedsatt fysisk funksjon og emosjonelt stress (Dansie & Turk, 2013, s 19). Sammenhengen mellom psyke og soma belyser viktigheten av tverrfaglig samarbeid, delekultur, og behovet for kunnskap omkring både soma og psyke hos sykepleiere spesielt. På samme måte som somatiske lidelser vil påvirke psyke, har man også påvirkning i motsatt retning. Kirkengen og Næss (2015, s 69) sier for eksempel at grensekrenkelsener kan utløse smerter hos den krenkede. Arbeidet inn mot den psykiske delen av rehabiliteringen er en jobb som krever tid, og i noen tilfeller er det nok at den foregår parallelt med opptreningen, mens hos andre er rehabiliteringen slettes ikke i mål selv om pasienten har fått tilbake gangfunksjonen sin. Hjernen er plastisk, både i sosialt samspill i avgjørende relasjoner (Hertz, 2010, s 77), men også i forhold til hvordan et menneske oppfatter og tolker smerte og egen kropp (Stubhaug & Ljoså, 2016, s 42). Av dette følger viktigheten av en helhetlig tilnærming til somatisk rehabilitering, smertelindring samt behandling og bearbeidelse av psykososiale forhold knyttet til prosessen.

Litteraturen beskriver flere mulige mestrings-strategier for rehabiliteringspasienten. Den vanligste, og også mest produktive, er de pasienter som er «resilient» (motstandsdyktige) (Romsland, Dahl, Slettebø, 2015, s 124). Motstandsdyktighet beskrives som en persons evne

til å holde et relativt stabilt og sunt nivå av både fysisk og psykisk funksjon på tross av brudd eller tap i livet (Bonanno, 2004, s.20-21). Motstandsdyktighet inkluderer tanker, handlinger og oppførsel som alle kan lære seg og utvikle. Å være motstandsdyktig betyr ikke at man ikke opplever vanskeligheter eller stress, og følelsesmessig smerte er vanlig også hos motstandsdyktige når man har opplevd store tap i livet. Pasientene er ofte overrasket selv over hvor bra de håndterer en alvorlig ulykke/hendelse (Quale & Schanke, 2010, s 12-13). Quale & Schanke (2010) gjennomførte en studie på Sunnaas Sykehus hvor formålet var å se på forskjellige mestringsstrategier, og utbredelsen av disse hos inneliggende pasienter med en alvorlig ryggmargsskade. 80 pasienter, mellom 16 og 68 år, deltok. Pasientene ble intervjuet og fikk et standardisert spørreskjema 1-3 uker etter at de ankom avdelingen og en uke før utskrivelse. Basert på svarene de gav ble de delt inn i følgende kategorier; «resilience» (motstandsdyktighet), «recovery» (gjøre sterk) og «distress» (nød). Studien viste at flest pasienter befant seg i resilience-kategorien med 54%. Recovery fulgte deretter med 25%, mens 21 % av pasientene ble plassert i kategorien distress. Pasientene som ble plassert i resilience-kategorien opplevde også vanskeligheter og en følelse av å være i en krise. Forskjellen var at de klarte å opprettholde et positivt syn på skaden og hvordan fremtiden med denne skaden vil se ut og er derfor likevel relativt stabile (psykologisk sett). Sett utenifra kan pasienten oppleves å ha et overdrevet/urealistisk positivt syn og positive illusjoner. Dette indikerer ikke fornektelse, men bør snarere sees på som et grep for å opprettholde en positiv helse og et tegn på sunn mestring av utfordringen. Det var ingen i resilience-gruppen i undersøkelsen som senere fikk tilbakefall grunnet forsinkede reaksjoner. Det er derfor ingen grunn til å forvente tilbakefall. Studien konkluderer med at resilience er vanlig og at resilience i forhold til tankemønster, oppførsel/væremåte og handlinger kan læres. Videre anbefales at for mest effektiv rehabilitering bør behandler «fokusere på det positive» (noe resilience-pasientene allerede gjør) og trekke fram pasientens sterke psyke og optimistiske syn (på målbilde/ fremtidsutsikt), heller enn å fokusere på behandlingsutfordringer og behovet for tilpasninger i den kommende hverdagen. Resilience er en prosess, ikke et karaktertrekk. Men, visse karaktertrekk (utadvendte og optimistiske) ser ut til å velge resilience som mestringsstrategi. Dette er også den mest vanlige strategien, og den strategien som gir best og raskest rehabilitering. Pasientene i studien til Quale og Schanke er under 68 år, mens majoriteten av de inneliggende pasientene (88%) på en kommunal rehabiliteringsavdeling er over 67 år.

4.0 Vitenskapsteori og metode

4.1 Kvalitativt forskningsintervju

For å svare på problemstillingen har jeg brukt kvalitativ metode og kvalitativt forskningsintervju. Et kvalitativt forskningsintervju ville gi meg som intervjuer et innblikk i informanten sin verden som sykepleier på en kommunal rehabiliteringsinstitusjon. En verden som jeg som sykepleier på en tilsvarende institusjon, på godt og vondt, også hadde mine erfaringer fra. Hensikten med et kvalitativt forskningsintervju, hvor intervjueren (altså; meg) inntar en spørre-lytte-orientert tilnærming, er å få informanten til dele av sin kunnskap og erfaringer. Et kvalitativt forskningsintervju er ikke en samtale mellom to likeverdige parter (Kvale & Brinkmann, 2018, s 22), i og med at det er jeg som setter agendaen og styrer retningen intervjuet tar. Jeg har vært bevisst denne skjevheten i av makt og prøvd å stille med en åpenhet, som ikke leder informanten til tro noe annet enn at jeg ønsker å få innsyn i deres perspektiv.

Jeg valgte individuelle intervjuer for at informanten skulle kunne snakke fritt. Av erfaring så vet jeg at det kan være friksjoner i et tverrfaglig samarbeid. Jeg ønsket å legge til rette for å høre den enkeltes tanker og historie(r), uten at informanten skulle føle seg bundet av en annens tilstedeværelse og utsagn. På lik linje som jeg ikke ønsket at informanten skulle føle seg bundet av min tilstedeværelse og utsagn.

Kvale og Brinkmann (2018, s 46-50) omtaler 12 fenomenologiske aspekter ved semistrukturert forskningsintervju. Jeg prøvde å være tro mot disse aspektene, men ønsker å fremheve et eksempel, som jeg opplevde som en bekreftelse på at informantene mine opplevde intervjuene jeg gjennomførte som en *positiv opplevelse*. I kraft av de spørsmålene jeg stilte skapte jeg en nysgjerrighet hos, særlig to, av informantene mine. Både under intervjuet og etterpå. Da jeg tok frem veilederen for rehabilitering og visste frem kompetanseområdene som er skissert som sentrale (Helsedirektoratet, 2015, s 48), var det flere som ikke kjente til disse. Jeg opplevde at min tematikk på masteroppgaven og de spørsmålene jeg stilte i intervjuet gav mine informanter noe å reflektere over, som igjen gav de inspirasjon til å jobbe med kvalitetsforbedring på de tjenestene de leverte innen rehabilitering. Etter at lydopptakeren var slått av hadde de konkrete spørsmål til hvem jeg var og hvilke erfaringer jeg hadde. I møte med den ene informanten gav jeg konkrete forslag

til litteratur knyttet opp mot temaet altruisme og revir, mens i møte med den andre dreide det seg om videreutdanning, kurs og kompetansen som er skissert i *Veileder for rehabilitering*. Et kvalitativt forskningsintervju blir beskrevet av Kvale & Brinkmann (2018, s 49) som en *positiv opplevelse* når informantene føler at de har fått ny innsikt i egen situasjon. På lik linje som ulike mennesker har formet meg som yrkesutøver i løpet av min yrkeskarriere, så opplevde jeg at jeg utgjorde en forskjell hos mine informanter. Jeg opplevde at mitt bidrag bidro til større forståelse av en del av virkeligheten som påvirket oppfattelsen av helheten, slik den dynamiske erkjennelsesprosessen i den hermeneutiske sirkel beskriver (Thornquist, 2018, s 171), både for informantene så vel som meg selv.

4.1.1 Intervjuguiden

Intervjuene tok utgangspunkt i en semi-strukturert intervju-guide (vedlegg 2). At et intervju er semi-strukturert vil si at det ikke er en åpen samtale, men at det heller ikke tar utgangspunkt i et lukket spørreskjema. En semi-strukturert intervjuguide anvendes når temaer skal forstås ut ifra den intervjuedes perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2018, s 46). Intervjuguiden besto av både fakta-spørsmål og meningsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2018, s 47). I dette tilfelle er erfaringene knyttet til sykepleierens ivaretagelse av psykisk helse på en kommunal rehabiliteringsinstitusjon. Som intervjuer prøvde jeg å følge informantens erfaringer, utsagn og historier med både interesse og oppfølgingsspørsmål. Jeg prøvde å balansere makten jeg besitter som intervjuer med oppfølgingsspørsmål relatert til det tema informanten pratet om. Den første delen av intervjuet besto av spørsmål knyttet opp mot informantens bakgrunn som utdanning og yrkeserfaring. Den andre delen av intervjuguiden besto av spørsmål knyttet opp mot to hovedtemaer; psykisk helse og sykepleierrollen. Målet med spørsmålene var å få frem sykepleierne erfaringer, både i forhold til hva de opplevde som bra, men også i forhold til hva de opplevde som utfordrende. Med svarene som utgangspunkt er det da mulig å se på ulike tiltak på hvordan man skal kunne sikre og forbedre ivaretagelsen av psykisk helse innen somatisk rehabilitering.

4.1.2 Innhenting av informanter

I utgangspunktet, som også ble omtalt i prosjektbeskrivelsen, så planla jeg å intervju mellom fire og åtte sykepleiere. I mitt prosjekt ønsket jeg å intervju sykepleiere som til daglig var en del av det tverrfaglige teamet på en kommunal døgninstitusjon innen rehabilitering. Formålet var å lytte til sykepleierens tanker og erfaringer med egen og

avdelingens ivaretagelse av psykisk helse. Jeg valgte sykepleierne fra det tverrfaglige teamet som informanter, fordi de innehar ansvaret for pasientene hele døgnet. I tillegg er jeg sykepleier selv og har en del erfaring knyttet opp mot sykepleierrollen i et tverrfaglig rehabiliteringsteam. Kriteriene for å være informant var at de måtte ha vært utdannet sykepleiere i minimum ett år, samt at de måtte ha jobbet med rehabilitering på en kommunal rehabiliteringsinstitusjon i minimum ett år. Arbeidet med å samle informanter var vanskeligere enn jeg hadde forventet. Jeg har kontaktet mennesker i eget nettverk i håp om at de kjente sykepleiere som fylte kriteriene, samt at jeg har søkt opp kommunale rehabiliteringsinstitusjoner i mange forskjellige kommuner på internett og funnet kontaktinformasjonen til teamlederne på avdelingene. Disse har jeg sendt mail med informasjon om prosjektet og med forespørsel om de hadde sykepleiere som kunne stille som informanter. De færreste teamlederne svarte og av de jeg kontaktet i eget nettverk så sa de aller fleste nei. I tillegg hadde jeg konkrete avtaler om både intervjuer og om å ta opp igjen kontakten til konkrete tidspunkter, på grunn av ferieavvikling, men intervjuer ble avlyst og når jeg sendte mail som avtalt for å avtale konkrete tidspunkter for intervjuer ble jeg møtt med stillhet. Til slutt satt jeg igjen med muligheten til å intervju fire informanter. Av de fire informantene som jeg intervjuet så er tre gjennom eget nettverk og en via teamleder jeg kontaktet via mail. To gjennomførte intervjuene på fritiden sin, mens to la det i arbeidstiden sin. Ingen fikk intervjuet sitt planlagt i forhold til tid og lokalisasjon av teamlederen sin.

4.1.3 Informert samtykke

Alle informantene hadde fått informasjonsskrivet (vedlegg 1) på forhånd, men ingen hadde det tilgjengelig da intervjuet skulle gjennomføres. Det hadde jeg tatt høyde for slik at alle informantene fikk et informasjonsskriv til gjennomlesing før intervjuet. Jeg erfarte at det var varierende hvor nøyaktig informantene leste gjennom informasjonsskrivet før de signerte. For å sikre meg at viktig informasjon, som tematikk, kontaktinformasjon og muligheten til å trekke tilbake samtykke, var mottatt og forstått, gjennomgikk jeg det muntlig. Alle signerte informasjonsskrivet rett før intervjuet.

Informantene hadde min kontaktinformasjon skrevet på informasjonsskrivet. I tillegg ble mail og/eller sms brukt for å avtale intervjuene. På den måten visste jeg at de hadde kontaktinformasjonen min om de skulle være så uheldig å miste informasjonsskrivet. Alle informantene fikk også tilbud om å lese gjennom intervjuet når det var ferdig transkribert.

Dette var det to informanter som ønsket. De fikk ferdig transkribert intervju tilsendt på mail. Ingen av disse har i etterkant gitt lyd fra seg for å legge til, eller trekke fra noe, på det transkriberte intervjuet. Jeg har heller ikke tatt kontakt med de to som ønsket intervjuet tilsendt for å høre om de hadde noen innspill eller motforestillinger.

4.1.4 Presentasjon av informantene

Jeg har intervjuet fire kvinnelige sykepleiere. To var ca 40 år, mens to var ca 60 år. Informantene var fordelt på tre forskjellige arbeidsplasser, tre kommuner og to fylker. Informantene representerte både små og store kommuner. To av informantene hadde samme arbeidsplass. Avdelingene informantene var ansatt ved het *Rehabilitering og Rehabilitering intensiv*. Informantene har ulik ansiennitet som ferdig utdannet sykepleier. Ansienniteten strakk seg fra under 10 år til nesten 40. To av informantene hadde rollen som fagsykepleier/sykepleier 1, mens de to andre jobbet som sykepleiere. Alle fire gikk i to-delt turnus. To oppgav å være helsefagarbeider før de tok sykepleierutdanningen. Ingen hadde videreutdanning innen psykisk helse, men to hadde studiepoeng på høyskolenivå utover grunnutdanning. Studiepoengene var knyttet opp mot ledelse, bildeterapi og vold i nære relasjoner.

4.1.5 Gjennomføring av intervjuene

To av informantene brukte av sin egen fritid for å la seg intervjuet, mens to organiserte det selv, men i arbeidstiden. Intervjuene som ble foretatt på egen fritid ble gjennomført i private hjem. Det ene i mitt hjem og det andre i informantens hjem. De to andre ble gjennomført på et møterom på informantenes arbeidsplass. På alle intervjuene var det kun informanten og jeg som var til stede.

Mine erfaringer som sykepleier i et tverrfaglig team er ikke bare av det gode slaget. Rent eksplisitt, så bevarte jeg mine egne erfaringer for meg selv under intervjuene, men implisitt så skal jeg ikke utelukke at informantene skjønnte at vi hadde en del felles. Jeg tror nemlig ikke at jeg hadde klart å komme med alle oppfølgingsspørsmålene uten egen erfaring. Ut ifra denne forståelsen av at vi hadde like erfaringer, kan det nok tenkes at det gjorde det lettere for informantene å dele og komme med konkrete eksempler.

Allerede under første intervju begynte jeg å analysere på den måten at det var noen temaer som ble omtalt som jeg ønsket at skulle bli et tema også på de andre intervjuene. Temaene

skrev jeg ned på en egen lapp, slik at jeg ikke skulle glemme de når neste intervju skulle gjennomføres.

En av informantene ønsket å beholde intervju-guiden etter at intervjuet var ferdig. Det fikk hun. Senere samme dag mottok jeg en mail hvor hun ønsket å utdype hva hun la i psykisk helse, fordi hun ble usikker på om hun hadde svart godt nok på det.

Jeg opplevde at en informant hadde utsagn som uttrykte flertydighet. Denne flertydeligheten blir beskrevet i neste kapittel som presenterer intervjuene. Denne flertydeligheten var noe jeg la merke til under intervjuet, men som jeg ikke ba informanten utdype i frykt for at det skulle oppleves som kritikk.

4.1.6 Transkribering

Å transkribere betyr å transformere eller å skifte form (Kvale, Brinkmann, 2015, s 205). I dette tilfelle blir det muntlige skriftliggjort. Jeg har transkribert intervjuene selv. Sitatene fra intervjuene som er inkludert i denne oppgaven er *språkvasket* i den forstand at jeg har skriftliggjort det muntlige, slik at omveier og gjentakelser i refleksjonene er renskrevet. Alle tenkeord, som *hm, ehm, la med tenke*, osv., er fjernet. Jeg, som intervjuer, med mine smil, kroppsspråk, og mine bekreftelser, for eksempel i form av nikk og mhm, blir borte i sitatene. Dynamikken mellom informanten og intervjueren blir borte i det skriftlige. Ved å ikke språkvask sitatene er jeg redd at leseren ville opplevd sitatene som støy og heller hengt seg opp i det, istedenfor å fokusere på det informanten deler av kunnskap og erfaringer. Målet med språkvaskingen var at budskapet til informanten skulle komme tydeligere frem. Etisk sett ønsket jeg heller ikke at sitatene skulle virke *fordummende*, noe sitater fort kan bli, hvis det muntlige skrives ned helt ordrett. Jeg opplevde informantene mine som fire flinke og trygge sykepleiere og jeg ønsket at det skulle bli reflektert i sitatene.

I kvalitative intervjuer ønsker intervjueren at informanten skal beskrive hva de opplever, føler og handler (Kvale & Brinkmann, 2018, s 47). Informantenes, spesielt Christel og Cathrine, evne til å beskrive og utdype, gjenspeiles i flere lange sitater som er gjengitt i kapittelet som presenterer intervjuene.

4.2 Forskningsetikk og etiske refleksjoner

Prosjektet har fått klarsignal fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Jeg har hatt egen bruker i TSD og alle lydfilene har vært oppbevart forsvarlig. Jeg følger

retningslinjene gitt av Den nasjonale forsknings-etiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). Informantenes utsagn har blitt anonymisert. Behovet for anonymisering var knyttet opp mot stedsnavn og institusjonsnavn som informantene brukte da de ble intervjuet. Jeg har valgt å bruke navnet *helsehus* på institusjoner som har ulike typer korttidsplasser. Det er et ofte brukt navn på den type institusjoner. Et helsehus kan være hvilket som helst helsehus i landet.

I kapittelet som presenterer funnene har jeg valgt å gi informantene navn. Jeg har fire informanter. Ved oppstart av intervjuene har jeg innledet opptakene ved å si *Opptak intervju 1* etc. To av informantene har samme arbeidsplass. For å ivareta anonymiseringen, også mellom de som har samme arbeidsplass, har jeg valgt å personifisere informantene ved å gi de navn. Informantene omtales som Christel, Anette, Cathrine og Beate.

Valget om å bruke individuelle intervjuer kontra gruppeintervjuer ble tatt for at den enkelte skulle få dele sine refleksjoner rundt sin egen historie og erfaringer uten å være bundet av de andre som eventuelt ville vært til stede i et gruppeintervju. Det er ønskelig at informantene skal kunne svare så ærlig som mulig, selv om svaret kanskje kan anses å være «politisk ukorrekt» ved at det kan tolkes som kritikk av f.eks. arbeidsgiver eller kolleger.

I forbindelse med intervjuet ble alle informantene informert om muligheten til å trekke seg fra prosjektet hvis de ønsket det. Jeg uttrykte eksplisitt at muligheten til å trekke seg gjaldt uavhengig av hvor langt jeg var kommet i prosessen. Dette gjenspeiles også i informasjonsskrivet som informantene fikk tilsendt i forkant av intervjuet og som de signerte rett før intervjuet. Informasjonsskrivet ligger som vedlegg 1.

En av informantene kjente jeg til fra før. Vi hadde fra flere år tilbake, vært kollegaer. De tre andre informantene hadde jeg aldri møtt før intervjuet. Da intervjuene var gjennomført opplevde jeg at de lurte på hvem jeg var og hva jeg hadde av erfaring. Jeg opplevde at hvem jeg var som intervjuer og de spørsmålene jeg stilte skapte en relasjon som gjorde at informantene var interessert i mine erfaringer rundt temaer knyttet til spørsmålene de hadde fått.

Min bakgrunn etter videregående skole inneholdt et opphold i Romania, der jeg jobbet med humanitært arbeid med barnehjemsbarn og «kloakk-barna». Dette har nok formet hvordan jeg ser på menneskeverd, rettferdighet og oppbygningen av samfunnet. Da jeg bodde i

Bucuresti, var det åtte år siden diktaturet til Ceausescu hadde falt, men sporene etter kommunismen var likevel synlige for oss som kom fra et demokrati. Jeg var vant med flate strukturer i samfunnet, og for meg var tillit en grunnleggende verdi. I Romania opplevde jeg korrupsjon og hierarki, og en tillit basert personer og organisasjoners fasader. Dette har bidratt til et ønske om at Jørgen Hattemaker som Kong Salomon skal bli møtt på samme måte, og en struktur som sørger for likhet og kvalitet, og samtidig med en vilje til å se den enkeltes behov. Dette finner jeg igjen i Veilederen, men jeg oppfattet ikke alltid dette i egen arbeidshverdag, og særlig ikke innenfor de psykososiale aspektene av rehabilitering.

Denne oppgaven kan gjøres offentlig. I den forbindelse har jeg kjent på, og vurdert frem og tilbake, etiske problemstillinger knyttet til skrivingen av denne teksten. Jeg hadde ikke klart å eksemplifisere slik jeg har uten egne erfaringer på hvordan det er å jobbe i et tverrfaglig team på en kommunal rehabiliteringsavdeling. Det er på godt og vondt. Jeg håper at jeg har klart å eksemplifisere på en slik måte at problemstillingen blir belyst og at det vekkes et ønske om gode helhetlige rehabiliteringsforløp for pasienten. Oppgaven er et innspill med et ønske om forbedring av rehabiliteringstjenesten. Min intensjon er ikke å trække noen på tærne eller fordele skyld. Hvis teksten først og fremst vekker irritasjon og motstand, så kan det tenkes at jeg ikke har lyktes med formuleringene mine.

4.3 Metode for tolkning og analyse

Hermeneutikk handler om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Det som fortolkes er tekster (Thornquist, 2018, s 167, Kvale, Brinkmann, 2015, 73), men tolkningsarbeidet begynte allerede under intervjuene. De tekstene jeg har fortolket er de intervjuene jeg har gjennomført og som jeg har transkribert. Prosessen har vært litt frem og tilbake. Jeg har lyttet under selve intervjuene og nærlest de skriftliggjorte, både som helheter, men også som deler. Bakgrunnen til det er at jeg har sammenlignet informantenes utsagn opp mot hverandre for å se etter likheter og ulikheter. Jeg kan for eksempel ha hengt meg opp i et sitat hos en informant som har fått meg til å gå tilbake til de andre informantene for å se hva de eksplisitt sa om samme tema. Opplevelsen jeg beskriver kan knyttes opp mot den hermeneutiske sirkel som er det første prinsippet i hermeneutiske fortolkningsprinsipper (Kvale, Brinkmann, 2015, s 237). Fortolkningen min startet allerede under det første intervjuet, i den forstand at første informant nevnte temaer som jeg ønsket at de andre informantene også skulle uttale seg om. For å sikre at jeg ikke skulle glemme temaene på de

neste intervjuene, skrev jeg temaene på den intervjuguiden jeg brukte under intervjuene. Da alle intervjuene var ferdig transkribert, nærlest og fordøyd kom jeg til slutt frem til de temaene jeg har tatt utgangspunkt i, når jeg tematisk presenterer funnene mine i kapittel 5.0.

4.3.1 Validitet og reliabilitet

I beskrivelsene under kapittel 4 har jeg prøvd å beskrive prosessene rundt informantene, intervjuene og transkriberingen så nøyaktig som mulig. Målet med det er å gjøre det så transparent som mulig for å få tydelig frem at jeg ikke har en skjult agenda. Validitet vil si hvorvidt en intervjustudie undersøker det den er ment å skulle undersøke (Kvale, Brinkmann, 2015, s 137). Problemstillingen tar utgangspunkt i et reelt ønske om kvalitetsforbedring. Modell for kvalitetsforbedring beskrivelser hvordan man kan jobbe for å forbedre tjenestene. Modellen består av fem faser. Forberedelse er den første fasen (Konsmo, de Vibe, Bakke, Udness, Eggesvik, Norheim, Brudvik, Vege, 2015, s 5). Informantenes utsagn kan absolutt være en del av forberedelsene, hvis fokus for et kvalitetsforbedringsarbeid innen rehabilitering handlet om sykepleierens ivaretagelse av psykisk helse.

Reliabilitet henviser til hvor pålitelig resultatene er (Kvale, Brinkmann, 2015, s 137). Jeg ser ingen grunn til å mistro informantene eller mistenke at informasjon er gitt med spesifikke baktanker, eller at informasjon er holdt tilbake. Det som kan anføres i negativ retning i forhold til reliabilitet er at utvalget, altså antallet informanter, er lite. Det gir derfor lite grunnlag for å se og vurdere og spredning i svarene og gir noe usikkerhet i forhold til allmenngyldigheten i funnene. Hvis dette prosjektet hadde vært ledet av en sykepleier og en fysioterapeut i forskerrollene og de, sammen, hadde intervjuet en sykepleier og en fysioterapeut, eventuelt hele tverrfaglige team, kan det tenkes at resultatene og forbedringsforslagene hadde dreid i en annen retning. Man kunne kommet dypere inn i kjernen, eller alternativt, så kunne samspillet i dialogen gjenspeilet eventuelt dynamikk/hierarki i det tverrfaglige teamet de jobber i til daglig. Kanskje jeg også hadde fått en dypere forståelse av sykepleierrollen hvis jeg hadde fått muligheten til å gjennomføre individuelle intervjuer av to sykepleiere fra samme arbeidsplass, hvor av den ene var ung og med lite erfaring som sykepleier mens den andre var av en eldre årgang med mange års erfaring.

5.0 Tematisk presentasjon av intervjuene

Etter spørsmålene relatert til sykepleiernes bakgrunn, var spørsmålene i intervjuguiden min strukturert etter to hovedtemaer. Den første delen er knyttet opp mot ulike sider av ivaretagelsen av psykisk helse, mens den andre delen er knyttet opp mot sykepleierrollen. For å kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene vil presentasjon av signifikante funn ta utgangspunkt i temaer jeg har dratt ut av materialet mitt gjennom å nærllese intervjuene. Jeg har sammenlignet intervjuene, stykkevis og delt, og sett etter likheter og ulikheter i informantenes utsagn. På den måten sto temaene *Tverrfaglig samarbeid, Kompetanse og erfaring, samt Organisatorisk/Systematikk*, frem. Alle temaene har noe å si for hvordan psykisk helse og det psykososiale blir ivaretatt innen somatisk rehabilitering.

5.1 Tverrfaglig samarbeid

Alle mine informanter oppga at den tilgjengelige kompetanse de hadde i det tverrfaglige teamet ved de rehabiliteringsavdelingene som de representerte besto av lege, sykepleier, helsefagarbeider, fysioterapeut og ergoterapeut. Ingen av informantene psykolog, sosionom eller noen med videreutdanning innen rehabilitering og psykisk helse, tilgjengelig på avdelingene.

Ut fra hva informantene har sagt i intervjuene viser det seg at sykepleierne har mye ansvar i en rehabiliteringsprosess. På spørsmålet «Hvilken plass opplever du at sykepleierens rolle har i det tverrfaglige samarbeidet?», uttrykker Anette at «Sykepleieren er den som holder i alle tråder, kanskje alt for mye?»

Når jeg spør om hun kan utdype hva hun mener med det, følger hun opp med å si

«Jeg føler at det er sykepleieren som setter i gang alle prosessene, som følger opp tiltak og ser an hvor vi er nå. Kaller inn til møter, står i dialog med pårørende, står i dialog med pasient. Har dialogen med fysio, ergo og opp mot legen, sånn at uten sykepleieren der så hadde det jo ikke gått rundt».

Den samme sykepleieren forklarer at i tillegg til å kalle inn til ulike møter, for eksempel målmøter og tverrfaglige samarbeidsmøter er de også referent for disse møtene.

Alle informantene gav uttrykk for at progresjon i pasientens rehabiliteringsprosess hang på den enkelte informant sin tilstedeværelse for å drive prosessen fremover. Viktigheten av tilstedeværelsen hadde flere begrunnelser, men var ikke først og fremst knyttet opp mot sykepleierrollen. Den var knyttet opp mot den plassen informantene hadde i sine respektive tverrfaglige team i form av erfaring, både yrkeserfaring og kompetanse, samt ulike personlige egenskaper.

Anette sammenlignet seg selv med sine tre sykepleierkollegaer som alle var yngre, nyutdannet og uten annen yrkeserfaring; «...de har ikke den kunnskapen, eller «guts'n» eller tørr ikke da, til å gå på noe selv, så de gjør det de får beskjed om». Anette utdyper hva hun mener når hun sier at sykepleierkollegaene gjør som de får beskjed om, slik

«Kunnskap om en rehabiliteringsprosess er ikke noe du får i løpet av ett halvt år. Det å vite når man på en måte skal få prosessen til å gå videre. Når kan jeg pushe pasienten videre? Når er det tid til å kalle inn til møter? Når ser vi at det begynner å nærme seg noe da?»

I møte med sine yngre sykepleierkollegaer forteller Anette videre at hun opplever å ha en veileder-rolle, samtidig som hun gir uttrykk for at hun hadde ønsket mer motstand. Når sykepleierkollegaene ikke evner å stille spørsmål, men «bare gjør som de blir fortalt», så blir pasientenes rehabiliteringsprosess kun formet av Anette sine «tanker, og det er jo ikke bare positivt».

Christel forklarte at hun hadde blitt møtt på følgende måte da hun kom tilbake fra ferie:

«Det er så godt du kommer tilbake, for da skjer ting. Men da tenker jeg at det er ikke greit, vet du. Det skal ikke være personavhengig at ting skal gå greit. Det skal være et innarbeidet system. Systemet skal være så godt at uavhengig av om det er meg eller en sykepleier som er helt nyutdannet, som kanskje er litt usikker. Det skal være helt uavhengig hvem av oss som er på jobb. Det skal være et system som gjør at vi begge to kan gjøre en god jobb. Det skal ikke være sånn at den som ikke tørr å stille spørsmål eller ikke tørr å si imot, velger å gjøre ting feil for å ikke komme i konflikt med noen».

I dette sitatet setter Christel ord på flere utfordringer i sin arbeidshverdag. Hun nevner at tjenesten er personavhengig fordi det ikke er et godt nok system for arbeidet. Implisitt at

mange av vurderingene som skal gjøres, og valg som skal tas, for en videre fremdrift i rehabiliteringsprosessen er overlatt til sykepleieren nærmest personlig, og å gjøre vurderingene og stå i det, krever kunnskap, erfaring og en «bein i nesa»-personlighet. I tillegg så sier hun at et manglende system medfører utfordringer og friksjoner i det tverrfaglige samarbeidet. Hun forklarer blant annet at de andre sykepleierne er yngre og at

«de opplever frustrasjoner som de ikke tørr ta opp fordi de synes det er vanskelig og konfliktfylt. Den ene unge sykepleieren sier til meg «du kommer vel?» Hennes innstilling er at hvis jeg ikke kommer (min anmerkning; på møte) så er hun bare enig (min anmerkning; med de andre medlemmene i det tverrfaglige teamet). Så der kommer det frem at systemet ikke er godt nok organisert fra toppetasjen. Uavhengig av om det er jeg eller henne på jobb så skal ikke det behøve å være noe konfliktfylt i forhold til forventninger om samarbeid og forventninger om at vi skal kunne dele på arbeidsoppgavene»

Christel setter her ord på utfordringer ved å jobbe i tverrfaglig team. Hun får tilbakemelding fra sykepleiere-kollegaer om at de er avhengige av henne for å drive pasientens rehabiliteringsprosess fremover. Hun eksemplifiserer med en kollega som velger å være ukritisk enig med de andre i det tverrfaglige teamet uten å fronte egen rolle eller vurderinger. Christel etterlyser ett system som er organisert fra ledelsen slik at prosessen ikke er avhengig av hennes tilstedeværelse. Et annet sted i intervjuet forteller hun noe om hva hun har tatt med seg av erfaring fra en tidligere jobb, som hun opplever som nyttig inn i ett tverrfaglig samarbeid «Jeg måtte lære meg å ikke bli godt likt og jeg måtte lære meg at ubehagelige beskjeder måtte gis og jeg måtte stå i det. Det har gjort noe med hvordan jeg er i dag.»

Christel forteller her at situasjoner som kunne oppleves som vanskelige og konfliktfylte i tidligere jobber, har gitt henne en erfaring som har gjort det lettere for henne å stå i et tverrfaglig samarbeid i sin nåværende jobb. Å hente frem denne erfaringen som ansatt brukte Christel litt tid på. Hun fortalte at i begynnelsen så

«slet litt jeg med meg selv når jeg måtte velge å gjøre ting som gikk imot det jeg mente var min overbevisning. At jeg måtte feie over en pasient i full sving når vi egentlig kunne ønske at vi kunne bruke tid slik at vedkommende kunne oppleve at

tidsperspektivet ikke hadde noe å si. At vedkommende kunne få prøve seg mest mulig selv for å oppleve mestring. Til slutt tok jeg vekk det presset jeg følte om at jeg har så og så mange minutter til pasienten i stell. Det har jo betydning å ta utgangspunkt i hva pasienten kan og ikke kan. Jeg har lært meg til å bli flinkere til å ikke gi etter for presset, men til å begynne med så gikk jeg i fella ved at jeg faktisk valgte å gjøre ting feil for å godtgjøre mennesker jeg egentlig ikke skulle godtgjøre. Så det å bli flink nok til å ta grep om at man skal følge magefølelsen sin og bli litt flinkere til å stå litt i trykket og bli den sykepleieren som kaller seg for djevelens advokat, vet du. Det er jeg voksen nok til å kunne gjøre nå.»

Opplevelse av press og stress som Christel her sette ord på, er erfaringer hun har tatt med seg videre i møte med nyansatte og nyutdannede kollegaer, som hun nå kaller for sine proteskjeer. Hun uttrykker det slik;

«Det har vært så gøy å få lov til å veilede disse jentene som nå er i min, hva skal jeg si, som er i proteskjeene (min anmerkning; proteskje – er en person som bli vernet om, beskyttet eller begunstiget) mine i forhold til det å ta egne valg, lære de opp til å bli flinke til å tenke selv og å gjøre de riktige tingene uten å bli presset. Det har vært gøy. Jeg ser at hun ene, når hun forteller meg om hva hun har sagt og gjort og hvordan hun har taklet ting, jeg har blitt så stolt.»

Samtidig som informantene anser sykepleierne som en viktig og avgjørende del av det tverrfaglige teamet, er det flere av informantene som opplever at de blir sett på som mindre viktige av de andre deltagerne i det tverrfaglige teamet. Christel forklarer hva hun opplever som problematisk med samarbeidet;

«Det har vært litt innkjøringsproblematikk i forhold til samarbeidet, i forhold til hvordan vi ser på pasientens behov og hvordan vi tenker videre. Det har vært litt konfliktfylt i forhold til at de har et annet perspektiv, en annen tankegang. Vi har hatt noen personalmøter hvor vi har måttet ta opp en del ting, avklare noen forventninger, det har vi hatt. Det har vært situasjoner hvor fysio og ergo har stått og ventet på at vi skal stille ferdig pasienter i stedet for å være med. Og jeg har jo spurt «hvorfor kan ikke dere være med i stellsituasjonen?» For det er faktisk en rehabiliteringsprosess det og. Hvis en pasient skal lære seg å klare seg selv, så er det å

kunne ta situasjonen selv, et viktig element for trening og øvelse. Og når jeg da opplever at en fysioterapeut kommer på jobben og spør «Når tror du pasienten min er klar?» Og forvente at jeg skal gjøre så mange ting før de hele tatt gidder å begynne dagen sin, altså de står nesten med henda rett ned og venter på meg. Jeg har også opplevd at de har ringt på meg for at jeg skal hente et glass med vann til pasienten, istedenfor at de gjør det selv. Jeg har sett på meg selv som en med veldig lav status»

Sitatet uttrykker informantenes frustrasjon over mangel på samarbeid. I tillegg så gjenspeiler sitatet et innarbeidet hierarki, hvor fysioterapeuten kommer på jobb og forventer at sykepleieren har lagt til rette for at fysioterapeuten kan starte dagen sin. Informanten uttrykker at dette er uheldig i forhold til de faktiske oppgavene som pasienten må trene seg opp til, for å takle hverdagen. Hun setter ord på at det er en sammenheng mellom hva pasienten klarer i stellet og som burde gi nyttige indikasjoner på hva man bør fokusere på i treningen. Hvis fysioterapeuten hadde observert og erfart det som var pasienten sine utfordringer i stell-situasjonen, for eksempel stå-funksjon, vil fysioterapeuten kunne ha dette som utgangspunkt i treningene samtidig som han eller hun vil kunne knytte dette til en aktivitet som er viktig for pasienten. I tillegg gir hun uttrykk for at et samarbeid mellom profesjonene vil være til det beste for pasienten. Christel uttrykte at hun opplevde at sykepleieren hadde veldig lav status i det tverrfaglige teamet. På spørsmålet; «Hvilken plass opplever du at sykepleierens rolle har i det tverrfaglige teamet?» svarte Cathrine;

«Det vil nok variere hvem du spør. Noen vil si at fysioterapeutene tar gull-pallen gullstandardrollen. Ergoterapeutene får pallplass nummer to, også kommer vi som sykepleiere som nummer tre, og jeg tror mange opplever det. Jeg opplever det ikke sånn alltid. Jeg opplever at etter hvert så er det noen som hører på meg og som er villige til å gå i dialog, men vi har veldig langt å gå».

Jeg tolker Cathrine sitt utsagn som personavhengig når hun skal beskrive sykepleierens opplevelse av sin rolle i det tverrfaglige teamet. Hun forteller at det er flere sykepleiere som vil sette sykepleieren på tredje plass hvis man skulle rangere. Hun gir uttrykk for at hun selv opplever det som varierende. Det kan virke som at hvis hun står på lenge nok, så er det til slutt noen som vil lytte til henne. Denne oppfattelsen bekreftes av Beate som sier;

«Jeg tror det kommer litt an på sykepleieren. Jeg er nok en person som fort tar en del ansvar. Jeg lider av kronisk munndiare. Jeg sier mye, også er jeg med på møtene, så jeg føler at jeg har en del oversikt. Når vi har disse møtene så er det ofte jeg som leder det, og så er det andre som er litt mer forsiktig eller ikke har så mye erfaring og de kan si noen ganger; «det spiller ikke noen rolle hva jeg sier, det er fysio som bestemmer». Jeg kjenner meg ikke igjen i det hele tatt, kanskje det går litt på typen, men det er jo lagt opp til at det skal være gjensidig og at vi skal gjøre vurderingene sammen. Men det vi ser er at siden vi går turnus og alle jobber forskjellig stilling så er det ikke den kontinuiteten blant sykepleierne på avdelingen som det er for fysio og ergo. Det er en fysio og det er en ergo og de kommer hver dag. De har veldig god oversikt, også over planen videre. Det var lissom litt både ja og nei på det spørsmålet. Det er nok litt hva du velger selv og hvor stor plass du ønsker å ta».

Cathrine uttrykker også et ønske om å jobbe tettere tverrfaglig. Cathrine sier;

«Vi kunne blitt enda flinkere til å jobbe tverrfaglig. Jeg pleier å jobbe ganske tett på, særlig fysio. Når vi har en komplisert pasient hvor vi trenger å jobbe med mål, så diskuterer jeg både med fysio og ergo. Nå opplever jeg et problem her, hvordan gjør du? Nå ser jeg at du har kommet lenger. Hva gjør du som jeg kan overføre til når jeg trener i gangen? Jeg kommer ikke videre i påkledning. Hva tenker du som ergoterapeut på?»

Cathrine knytter ønske om et tettere tverrfaglig samarbeid opp mot pasienten i forhold til målsettingsprosessen og progresjon. På spørsmål om hvordan målsettingsprosessen organiseres svarer Cathrine;

«De ulike gruppene tar en samtale. Ergoterapi tar en samtale, fysio tar en og sykepleieren tar en inkomstsamtale. Vi har ulike fokuser. Tidligere hadde vi den samtalen sammen og det var veldig nyttig, men det tok litt lang tid å finne tidspunkter hvor vi alle kunne samles. Det tok mange dager før vi kom i gang, så derfor gjør vi ikke det nå. På grunn av corona så datt alt sånt ut, men jeg kunne ønske at det kom i gang igjen, så alle fikk høre det første som ble sagt, men det fungerer i hvert fall ikke akkurat nå».

Cathrine ønsker at det tverrfaglige teamet skal stå tettere sammen i arbeidet med mål. Jeg opplever at hun syntes det ville vært en fordel om alle profesjonene var med på «startskuddet». Alle, at både pasient, og eventuelle pårørende, samt profesjoner hørte det første som ble sagt fra alle parter. I forhold til et ønske om et tettere tverrfaglig samarbeid forteller Cathrine også;

«Vi har et tverrfaglig møte en gang i uka hvor vi snakker om hver enkelt pasient, men det er mest for å gi tilbakemelding til bydelen i forhold til hvor langt vi har kommet».

Jeg tolker dette utsagnene som et ønske om mer tverrfaglig samarbeid, men med et annet fokus enn kun om de skal forlenge oppholdet eller skrive pasienten ut.

Anette forteller at de har målmøte med pasienten innen to dager etter innkomst til avdelingen. Hun forteller at, foruten pasienten, så deltar fysioterapeuten, ergoterapeuten, en sykepleier og en helsefagarbeider på målmøte. Christel forteller noe av det samme. Hun forteller at de har målmøte en av de første dagene av oppholdet. I tillegg til de deltagerne som Anette nevner på målmøte, inkluderer Christel også pårørende som aktuelle. Jeg spør Christel om de også setter et møte for å evaluere og videreutvikle målet og om det er en prosess rundt det. Christel svarer «Vi tar det sånn veldig ad hoc».

Alle informantene forteller at fysioterapeut og ergoterapeut har, ideelt sett, en time trening med pasienten hver seg, hver dag. Anette utdyper det slik; «En time hver. Eller man må jo se an pasienten da. Noen ganger så blir det mindre, men som regel så ligger det på rundt en time».

Anette forteller at det ikke er alle pasienter som har kapasitet til å trene to timer hver dag. Jeg forstår utsagnet til Anette som at fysioterapeut og ergoterapeut, på den måten, tilrettelegger for den enkelte.

5.2 Kompetanse og erfaring

I og med at *psykisk helse* er et nøkkelord i prosjektet mitt, så er de første spørsmålene etter sykepleiernes bakgrunn knyttet opp til det. Et av spørsmålene lød «Hva legger du i begrepet «psykisk helse»?». Anette svarte;

«Psykisk helse er hvordan vi som mennesker har det til enhver tid i hverdagen. Hvordan vi mestrer å stå i forskjellige situasjoner, for eksempel. At man har det bra rett og slett».

Litt lenger ut i intervjuet forteller Anette hvilke problemstillinger de møter innen psykisk helse hos rehabiliteringspasienten. Jeg tolker svaret som en forlengelse av hva hun legger i begrepet *psykisk helse*

«Vi har ikke tunge psykiatri-pasienter på rehabilitering. På rehab er det psykiske knyttet opp mot tap av funksjon eller endret livsstil, eller redsel for at de alltid skal være sånn som de er, når de kommer til oss da».

På det samme spørsmålet svarte Cathrine;

«Jeg tenker at alt som filtrerer seg inn i den hverdagen vi har som er der, som forstyrrer eller gir glede. Det filtrerer seg inn i alt jeg gjør. Jeg kan ikke gå på jobb og ikke møte psykisk helse. Står jeg opp og er sur en dag, så påvirker det meg. Får jeg smil når jeg kommer på jobben, så påvirker det meg. Og det tenker jeg er hjernen, eller den psykiske biten av hjernen som er med å påvirke. Så jeg kan være med, som egenperson, med små ting være med å gjøre en forskjell, både filtrere inn gode sensorer. For psykisk helse er jo ikke bare negativt - psykisk helse er også god psykisk helse også er det utfordringer med dårlig psykisk helse. Men jeg tenker at ved å ha stort fokus på god psykisk helse kan være med å finne løsninger og smutthull som vi kan kaste inn gode signaler som gjør at man går inn i en prosess der man får energi og den gode energien trenger man så ekstremt for å holde ut den harde treningen som i hvert fall vi har på vår avdeling».

I svaret får Cathrine frem viktigheten av å få frem det friske hos pasienten. Fokuset på det friske ønsker hun å bruke til pasientens fordel, fordi hun vet hvor mye innsats pasienten må legge i den harde treningen. Da jeg gjennomførte intervjuet med Cathrine ønsket hun å beholde intervjuguiden. Da jeg dro fra henne hadde hun lest igjennom intervjuguiden og blitt usikker på om hun hadde svart ordentlig på hva hun la i psykisk helse og ønsket derfor å utdype det. Jeg mottok derfor en mail. Cathrine skrev

«Jeg tenker at det en person både ser på seg selv og andre. Hvordan en takler sin hverdag og de utfordringene en møter både med seg selv og andre, og hvordan en

løser livet sitt. Det handler mye om håndtering av sine tanker og følelser ut fra den bagasjen en har i livet, i møte med seg selv og andre».

Beate derimot fokuserte mer på det negative

«Jeg tenker at det går mot det negative. At man har problemer med den psykiske helsen. Jeg ser mye av dette med angst og uro. Det er kanskje det første jeg tenker på når jeg hører psykisk helse».

På spørsmålet om hvilke psykiske helseutfordringer de møter så svarer Beate

«Opp mot rehabilitering så er det kanskje denne nedstemtheten, at de sliter med motivasjonen, dette med å ta denne egentreningen de skal gjøre selv i helgene, motivere pasientene til det, det er ikke alle pasienter som får det til da og der også føler vi kanskje noen ganger at vi kommer litt til kort, at vi ikke har kunnskap nok til å få de til å endre adferd da».

Alle informantene nevner depresjon som en psykisk helseutfordring innen rehabilitering.

Anette formulerer seg slik

«Ofte så er det noe psykisk som ligger der fra før av, angst, depresjon. Vi opplever i hvertfall med hjerneslagpasienter at det er mye depresjon. Pasientene har vanskelig for å ordlegge seg på hva som plager dem, annet enn at de er tunge i humøret»

Det som skiller informantene fra hverandre når de omtaler depresjon er i hvilken retning de dreier behandlingen. Behandlingen de omtaler er i form av medisiner og støttesamtaler.

Alle informantene uttrykker et ønske om mer kompetanse. På spørsmål om hva Anette opplever som utfordrende når det gjelder å kunne ivareta pasientens psykiske helse svarer hun

«Kompetanse, da. At jeg faktisk ikke har den kompetansen til å stå i det. Jeg kan ta de som ikke er så veldig tunge, men vi ser jo at det er en utfordring med pasienter og psykisk helse, så vi trenger absolutt mer kompetanse på det».

I forlengelsen av det spør jeg om hun har tatt opp ønske om videreutdanning med ledelsen.

Anette svarer som følger:

«Jeg blir møtt med forståelse, men det stopper der. Det er jo noe med penger og alt det å gjøre da. Det er sikkert flere som kunne ønsket å gå videre på skolen, men så er det jo noe for den enkelte å sette av tid og penger til det».

Anette ønsker mer kompetanse, men, slik jeg forstår utsagnet, så blir ønsket bare hengende i luften, og ikke tatt tak i når hun tar det opp med leder. I en annen sammenheng forteller Anette at hun også ønsker mer kompetanse på rehabiliteringsprosessen.

På spørsmålet «Har dere mye utskiftning av ansatte på avdelingen?» kommer det frem at Anette har jobbet ved den rehabiliteringsavdelingen hun er ansatt ved, i to omganger. På spørsmål om hva ansatte oppgir som grunn til at de ønsker å bytte jobb, svarte hun

«Jeg kan jo bare si min (min anmerkning: mening), for jeg vet jo ikke alltid hva andres grunner er. For meg så var det det at det ble for voldsomt en periode, det ble for tøft, ja, som jeg nevnte med tunge caser. Man står mye alene som sykepleier i det. Noen ganger så gjør man kanskje noe feil eller at man ikke er trygg på den avgjørelsen man har gjort da. Den psykiske biten gjelder jo også for ansatte, tenker jeg.»

I forhold til ønske om økt kompetanse så forteller Christel at hun ønsker mer kompetanse «om ikke for annet enn å få bekreftet at det jeg gjør er riktig».

Cathrine forteller at hennes kompetanse ikke blir verdsatt av ledelsen. Hun forteller at hun

«som bildeterapeut har fått tildelt 1,5 t som jeg får lov til å bruke, men jeg opplever ikke å få tilrettelagt for det. Jeg får det ikke inn i arbeidstiden min. Jeg har lang erfaring som sykepleier i bunn og jeg vet godt hva jeg gjør. Jeg har tross alt 60 stp (min anmerkning: på høyskole-nivå) og ikke et helgekurs».

Cathrine forteller at hun har fått tilbakemelding fra kollegaene sine, at de, på lik linje med Cathrine selv, opplever hennes kompetanse innen bildeterapi som verdifull. Jeg hadde ingen kunnskap om bildeterapi. Av den grunn spurte jeg Cathrine om hun kunne forklare nærmere for meg hva bildeterapi innebærer. Cathrine forteller

«Jeg jobber hovedsakelig med slagpasienter. Det som er vanskelig med slagpasienter når du begynner å jobbe med de i forhold til psyke, er at de ikke klarer å holde på tanken. Det hopper og spretter hele veien. Da lar jeg de tegne en tegning eller male. De får en oppgave. Det de er opptatt av kommer uansett på papiret fordi det er der

tanken og fokuset er plassert. Etterpå henger vi den tegningen opp på veggen. Det gir de noe å fokusere på, noe å se på, og det gjør at de holder bedre på tanken. Da klarer de lettere å fortelle; «å ja, der ser jeg at jeg er lei meg, hva er det som gjør at jeg er lei meg? Jo, fokuset på slaget tar kanskje mye tid for meg. Ja, der er det en farge. Hva tenker du? Jo kanskje det er mannen min. Jeg tror han er lei seg fordi jeg har fått slag». Det går mye på sånne ting. Hvis jeg bare sitter og prater, så mister pasienten fokuset ganske kjapt og de klarer ikke å holde på tanken. Kanskje et minutt og så er fokuset vekk».

«Det kan skje kjappe løsninger når pasienten har en sånn «ÅH, er det det som skal til?» «Hvis jeg bare tenker litt mer på det» «Å ja, så det er det som er problemet» Så klarer de å snu fokuset».

«Jeg klarer jo ikke å se hva de har tegnet, for det er jo bare noen kruseduller, men de forstår det selv. En fikk i oppgave å bruke en farge som hun var veldig glad i og en farge som hun ikke var så glad i også skulle hun bruke hendene og arket og bare male kruseduller. Alt det som datt inn i hodet på henne. Da hun var ferdig så sa hun plutselig «men du, den fargen som jeg ikke er glad i, den er jo dominerende, jeg setter fokuset mitt på feil plass».

Slik jeg forstår Cathrine bruker hun bildeterapi i arbeidet med å sette følelser og for eksempel funksjonsnivå, sammen med fortid og nåtid, ut ifra tegninger som pasienten lager. Cathrine ser hva pasienten tegner/maler og hører hva pasienten forteller om egne reaksjoner og eget liv. Dette bygger Cathrine videre på og drar inn i pasientens rehabiliteringsprosess. Hun bygger videre på det pasienten sier at hun eller han opplever som viktig.

Christel gjør noe av det samme når hun forteller

«Jeg opplevde i dag en mann som er godt voksen og som har vært veldig gråtelig. Det jeg opplever er at jeg står på kjøkkenet også hører jeg at han ringer til sin kone og når hun svarer og sier «Hallo». Han klarer ikke å svare ordentlig, for han er akkurat i ferd å få den klumpen i halsen og skal gråte. Han får høre hennes svar som setter i gang en prosess. Jeg skjønner da at han er litt sånn smådeppa og han hadde da egentlig tenkt å snakke med henne, men klarte ikke å få ut noe svar. (min

anmerkning; Christel imiterer pasientens ektefelle;) «Hallo! Hallo! Er det deg? Svar meg! Er det noenting?» Også klarer jo han etter hvert å få svart. Han prøver å få forklart at det ikke er noe galt, men at han er litt langt nede. Jeg velger jo å ikke gjøre meg kjent med at jeg hører samtalen, men han ringer på etterpå. Han vil ha hjelp til å legge seg ned for å hvile litt før han skal ha trening. Det jeg gjør da, når jeg står ved siden av sengen så sier jeg at nå skal jeg se hva du er god for. Han reiser seg opp for å snu seg rundt og da står han veldig rett som en general. Og jeg sier bare «WOW», og jeg gir han veldig feedback på hvor flink han er og det gjør jo at han gråter igjen, for da vil jo han selvfølgelig respondere på det at han har vært litt nede også får han litt god tilbakemelding. Han blir jo glad, men samtidig så er det jo den følelsen av at han er rehabilitert da. Og det som er litt spesielt da, jeg snakker litt med han, steller meg litt sånn «(min anmerkning: informant later som hun snakker til pasient) så jeg ser hva du gjør og hva du får til og jeg skal gjerne hjelpe deg, men jeg vil se hva du er god for». Han klarer å få lagt seg i senga først selv, uten noe særlig hjelp av meg og jeg kommenterte «Se hvor langt du er kommet. Jeg har ikke sett deg på det mest dårlige, men jeg ser deg nå og jeg ser hvor flink du. Se litt på det selv og se hva du får til». Ved at jeg bruker den tida gjør at han henvender seg spesielt til meg også etterpå. Skjønner du meg? Det betyr så mye det å være et medmenneske og gi de pasientene våre en positiv opplevelse selv om de er hos oss i sin mørkeste stund. De må også finne lyspunkter i tilværelsen. Det er så viktig at vi møter de på det psykiske og ikke bare på det fysiske. Det er litt fort gjort, at man på en rehabiliteringsavdeling, blir overfokuset på det fysiske som de mangler. Men det er så viktig at vi får med hodet».

Både Cathrine og Christel setter ord på hvordan de bygger relasjon, hvordan de hjelper pasienten til å sette ord på egne følelser, til å se det gode, fremgangen, ressursene og gi pasientene feedback som de kan bygge videre på. De investerer tid i pasientenes rehabiliteringsprosess ved de eksemplene de redegjør for, til meg.

Christel forteller også:

«Det er jo kanskje også at de sykepleierne som har jobbet en stund og som har jobbet litt forskjellige plasser før, kanskje kan dra med seg noen egne kvalifikasjoner i forhold til hvordan man håndterer det. Jeg tror kanskje at de som har jobbet en

stund, deriblant meg, tar et skritt tilbake, trekker pusten dypt og tenker; skal vi validere? Hva gjør vi? Det er det kliniske blikket du får som du kanskje ikke nødvendigvis tenker på til daglig. At du faktisk har en antenne som observerer hva du møter i rommet. Hvis du da kanskje opplever pasienter som har en stor sorg, eller er labil eller har et eller annet som gjør at de ikke har det bra så er det kanskje sånn at du sanser litt hva som er mest fornuftig å gjøre. Ofte så er det sånn at man kan stille seg opp å være tilgjengelig, ofte så er det best å ha en forsiktig tilnærming og ikke gå på for fort, fordi det kan ofte oppleves litt sånn, ikke overformynderi, men skjønner du hva jeg mener? Det å ha en litt forsiktig tilnærming og ved det bare si at jeg er til her, hvis du ønsker meg, er det noe du vil si eller vil du vente litt, så er det også greit. At man kan møte folk som har det tøft, men la de få bestemme selv når det er greit for de å ta tak i det».

Anette var den eneste informantene som nevnte veilederen helt uoppfordret. Hun knyttet nødvendigheten av fokus på psykisk helse opp mot veilederen, fordi «veilederen omtaler den helhetlige rehabiliteringsprosessen. Jeg føler ikke at den er helhetlig hvis man ikke har med den biten». Anette forteller altså at rehabiliteringsprosessen ikke er helhetlig uten å inkludere psykisk helse. De andre informantene nevnte ikke veilederen før de fikk spørsmålet «Er du kjent med veilederen for rehabilitering?». Oppfølgingsspørsmålet mitt var «Hva er dine tanker om kompetansekravene i veilederen?» Da Anette skulle svare på dette spørsmålet tok jeg frem både veilederen og siden i veilederen hvor kompetansekravene er redegjort for. Hun svarte da på spørsmålet, ved å si om de hadde kompetansen eller ikke, samt om de var gode på det eller ikke. For eksempel så sa hun «Og veiledningsmetodikk/MI der har vi jo helsefagarbeidere som har gått skole på det». Flere gav uttrykk for at dette var et konkret verktøy som gav de motivasjon og argumentasjon når de skulle tilbake til avdelingen. De oppdaget at de kunne ta utgangspunkt i veilederen for å forklare hvilke behov de hadde for kompetanseheving i møte med kollegaer og ledelse, fordi kompetansen allerede var skissert som sentrale i veilederen. Dette var ikke noe de bare «følte» de trengte kompetanse på. Dette sto i veilederen. Christel responderte slik; «Du gir meg skikkelig sånn parafin i ovnen du nå, altså».

Et av spørsmålene mine i intervjuguiden var; «Hvor stor andel av pasientene har behov for oppfølging av psykisk helse?». Det var stor variasjon i svarene og jeg velger å trekke frem tre informanter for å vise spennet. Cathrine svarte;

«Alle har jo det på sin måte. De som klarer seg helt selv, de trenger virkelig også den lille praten. De trenger 5 eller 10 min der du sitter og bare fokuserer på den. Det handler jo ikke nødvendigvis om den lange tiden alltid, men at de kjenner at de får den lille tiden fullt og helt, og hvis de får den så lever de lenge på den».

Mens Cathrine mente alle, så legger Anette seg litt mer midt på treet. Hun sier; «Etter at vi begynte å sette mer fokus på det, så ser man jo at det faktisk er ganske mange. Det er i hvert fall 50 % hvis ikke mer». Beate derimot, er på den andre siden av skalaen; «På rehab-siden så er det ofte motiverte pasienter. Det er ofte lite psykiatri hos de pasientene faktisk»

Til tross for at det var et stort spenn i informantene sine svar i forhold til hvor mange av pasientene som trenger oppfølging av psykisk helse; fra lite til alle, reflekterer alle informantene rundt konkrete erfaringer i forhold til ivaretagelsen av psykisk helse på rehabiliteringsavdelingen.

På spørsmål om hvilke psykiske helseutfordringer de møter, så forteller Cathrine at

«Opp mot rehabiliteringen så er det kanskje denne nedstemtheten, at de sliter med motivasjonen, dette med å ta denne egentreningen de skal gjøre selv i helgene, motivere pasienten til det. Det er ikke alle pasientene som får det til, så der også føler vi kanskje at vi kommer litt til kort, at vi ikke har kunnskap nok til å få de til å endre adferd»

5.3 Organisatorisk/systematikk

Knyttet opp mot tverrfaglig samarbeid er det flere informanter som gir uttrykk for at de savner systematikk for samarbeidet. Mangel på systematikk skaper konflikter i samarbeidet fordi de har ulike meninger om arbeidsfordeling. Informantene setter også ord på at de mangler systematikk på kartlegging og oppfølging av psykisk helse.

Alle informantene forteller at de bruker et standardisert skjema i forhold til fysisk funksjon og eksemplifiserer med Barthel ADL index, enten ved at de nevner skjemaet uoppfordret

eller ved at jeg spør og de bekrefter. På spørsmålet; «Hvordan kartlegger dere psykisk helse hos deres inneliggende pasienter?» svarer Anette;

«...vi tar det bare med som en rutine når vi har målmøte. Da går vi innom den psykiske biten. Det er ikke alltid de klarer å si noe om det, men da følger vi opp med tiltak, hvis det er fare for noe psykisk der da, at de trenger det, da må vi kartlegge det, men det skulle vært bedre. Vi følger ikke et standardisert skjema».

Anette forteller at de ikke bruker et standardisert skjema for å kartlegge psykisk helse. Slik jeg tolker hennes utsagn, så er kartleggingen basert på skjønn. Cathrine sier noe av det samme;

«Vi kartlegger ikke. Vi burde gjort det, men vi er ikke der i dag. Det er min store sorg at vi ikke gjør det. Jeg bare går rundt og ser om det er noen vi må jobbe med, men fra ledelsens side så får vi ingenting.»

På spørsmål om kartlegging av psykisk helse, så svarer Christel at dette er noe ergoterapeuten gjør ut ifra et standardisert skjema, men hun vet ikke hvilket skjema ergoterapeuten bruker. Christel utdyper hva hun mener;

«eller kognitivt, hvis du tenker på det. Vi er veldig avhengig av å kartlegge i forhold til innsikt i situasjonen sin, og da er det veldig viktig at man kartlegger hvor man står psykisk. Forstår du egentlig hvordan du har det? Forstår du at det har skjedd en forandring? Altså innsikt og forståelse. Det er et viktig element i kartlegginga for å legge en plan og for å ha noen forventninger. Med null innsikt så har du faktisk en vei å gå, enn å faktisk kunne si at ja, jeg ser hva som har skjedd og hvor jeg er hen nå. Så det er et veldig viktig kartleggingsverktøy, for der har vi jo møtt mye variasjoner»

Ut ifra hva Christel forteller kan det virke som hun forteller om kartlegging av kognitiv funksjon og ikke psykisk helse.

Det kommer frem i alle intervjuene at fysioterapeut og ergoterapeut har sine timer systematisert i form av en timeplan. I den forbindelse så spør jeg om oppfølging av psykisk helse blir organisert på samme måte. Anette svarer; «Støttesamtaler er ikke et standard punkt på timeplanen», mens Christel sier;

«Der må jeg nesten si at jeg skammer meg litt. Jeg tror nok at den psykiske helsen ikke blir plassert i den samme kategori som den fysiske. Så det jeg tenker på er at den psykiske biten hos de pasientene, kanskje slagpasientene, som opplever en stor overgang fra før og nå. Det blir kanskje oss sykepleierne som observerer labilitet, går inn, lukker døra og tilbyr oss å snakke, tilbyr samtale, tilbyr oss å finne løsninger, trenger du hjelp? Trenger du medisiner? Det blir oss sykepleierne som tar den første biten i å fange opp, og kanskje spesielt vi som har flere vakter sammenhengende på rehabiliteringsavdelingen i turnus.»

Christel gir uttrykk for å skamme seg for at oppfølgingen av fysisk og psykisk helse ikke er likestilt. Christel jobber på en rehabiliteringsavdeling hvor de er ansatte har turnusen sin fordelt mellom to avdelinger; rehabiliteringsavdelingen og avdelingen for KAD-plasser og korttidsplasser. Christel «jobber halvparten på hvert sted». Hun forteller;

«Det er noen sykepleiere som er her (min anmerkning; på rehabiliteringsavdelingen) litt kortvarig, som bare har noen vakter av og til. Jeg er så heldig at de vaktene jeg har her på rehaben er veldig sammenhengende, så jeg har 14 dager sammenhengende hvor jeg bare er her. Jeg tror kanskje at pasienten syntes det er litt enklere med oss de ser litt oftere, for det har noe med den fortroligheten vi skaper. Jeg er så heldig at jeg er såpass gammel. Jeg tror det kanskje er litt lettere for pasientene å snakke om vanskelige problemstillinger med en som er litt voksen enn kanskje en som er litt yngre. Men det er som du sier, veldig veldig viktig å kunne fange inn at det å ha en god psykisk helse er så livsviktig, i hvert fall for en pasient som skal kunne oppnå det maksimale av rehabiliteringen. Har du ikke hodet med deg, så er det liksom vanskelig. Hvis du er i det svarte hølet, så er det vanskelig å prestere noe som helst».

Jeg tolker Christel sitt utsagn dithen at det er viktig med kontinuitet og at den tiden sykepleieren bruker på relasjonsbygging med pasienten oppleves som verdifull både for prosessen og pasienten. Beate jobber også på en avdeling hvor rehabiliteringsplassene er organisert på samme måte. Beate forteller at hun har flest vakter på KAD-avdelingen. «Men det å jobbe på en KAD-avdeling, vi har jo også korttidspasientene, det er jo ofte mye rehabilitering der». Dette utsagnet som jeg tolker som en delvis likestilling av KAD-, korttids- og rehabiliterings-plasser ønsker jeg å se opp mot et utsagn av Beate, som er gjengitt tidligere i kapitlet. Hun sa også at psykisk helse nesten ikke er et problem på

rehabiliteringsavdelingen, fordi pasientene er så motiverte. Disse to utsagnene sammen gjenspeiler at Beate mangler kunnskap om feltet, men først og fremst tolker jeg disse utsagnene dit at det ikke er hos rehabiliteringspasientene Beate har interessen, fokuset og hjertet sitt hos. Hjerte og fokuset er mer rettet mot andre type problemstillinger og pasientgrupper innenfor somatikken som det akutte, behandling og så videre, typ KAD- og korttidsplasser.

På spørsmålet om det er kompetanse de savner i det tverrfaglige teamet svarer alle informantene at de savner kompetanse på psykisk helse. Anette og Beate knytter kompetanse på psykisk helse som nyttig kompetanse for andre typer korttidspasienter de også ivaretar på helsehuset. Beate uttrykker det slik;

«Ja, jeg syntes akkurat det du snakker om i dag, psykisk helse, både mot rehab og KAD-plassene, det er kompetanse vi savner. Å ha en som er god på samtale, veiledning, legge en plan for pasienten videre, hvordan skal oppfølgingen være etterpå. Der kommer vi til kort hele gjengen føler jeg».

Anette uttrykker det slik;

«Jeg tror at det kan være viktig for hele helsehuset, at det er noen som har den kompetansen, for nå har jo kommunen fått kreftkoordinator, som er en kjempe-ressurs, og vi ser jo, ikke bare på rehab-pasienten, men også korttid, at det er vanskelig å komme noen vei med pasienten som har psykiatri med seg. Psykiatri-pasienter generelt da, ikke bare at det er noe psykisk i forhold til nyoppstått sykdom».

Både Anette og Beate jobber ved rehabiliteringsavdelinger som er plassert i et helsehus hvor det også er andre typer plasser. I tillegg til rehabiliteringspasienter har de blant annet også pasienter med vedtak på KAD- og korttidsplasser. De forklarer at alle pasientgruppene har pasienter som kunne hatt bruk for oppfølging av psykisk helse i form av støttesamtaler. Ved at de knytter behovet opp mot flere pasientgrupper kan utsagnet tolkes som en måte å rettfærdiggjøre behovet, ved at de fordeler den økonomiske utgiften på flere og dermed gjør en eventuell investering mer økonomisk lønnsom.

Tre av informantene forteller at de kan benytte andre instanser ved behov for oppfølging av psykisk helse. Anette forteller;

«Jeg har vært i kontakt med lav terskel i kommunen og fått en del veiledning der. For man skal jo ikke gå utover sin egen kompetanse, så når vi føler at vi trækker over i noe som vi ikke skal, at dette er for tungt, så har jeg vært i kontakt med lav terskel og fått veiledning derfra, eller så har de også kommet til pasienten».

Anette forteller at de bruker andre enheter for oppfølging av psykisk helse, både som en rådførende instans for personalet knyttet opp mot enkeltpasienter, men også for å henvise pasienter direkte til den eksterne instansen. Rehabiliteringsavdelingene hvor Christel jobber har den samme mulighet med å henvise til et lav-terskel tilbud, og hun forteller:

«Vi har jo psykiatri-tjenesten, altså den kommunale psykiatritjenesten. Det er jo en instans vi kan bruke. Man kan starte med noe samtaleterapi her hos oss og så følger de opp pasienten videre når han flytter hjem. Det er jo det nærmeste jeg tror vi kan komme den type hjelp. Av og til så er det litt venteliste der, men de aller fleste gangene jeg har ringt så har jeg faktisk fått ganske positive svar – det har jeg jo. Nå har jeg opplevd at de pasientene - jeg kan telle de på en hånd da – det tilbudet de har fått, har ikke vært noe revolusjonerende, men det er i hvert fall bedre enn ingenting».

I intervjuet med Cathrine kom vi inn på vurderingen rundt å avslutte et rehabiliteringsopphold. I den forbindelse så spurte jeg;

«Er det sånn at dere på avdelingen kan si at det er temaer innen det psykiske/psykososiale vi må jobbe litt mere med, og så er det en god nok begrunnelse for å holde på pasienten? eller går vurderingen kun på det fysiske?»

Cathrine sitt svar lød: «Nei, det går mest på det fysiske. Det psykiske og sosiale er ikke så satt i system, men jeg kan si at medisinsk sett så trenger han det».

Anette omtaler også tildelingskontoret i forbindelse med utskrivelse, men i tillegg inkluderer hun de også i forbindelse med inntak av pasienter. Anette forteller at det tverrfaglige teamet er en viktig del av prosessen rundt inntak av pasient. Det er det tverrfaglige teamet som tar avgjørelsen om pasienten skal innvilges et rehabiliteringsopphold eller ikke. I tillegg forteller hun at det tverrfaglige teamet ofte må etterspørre den samme informasjonen og eksemplifiserer med pasientens motivasjon. Hun sier at «Pasientens motivasjon er faktisk

ganske høyt opp og, og det er også noe vi må etterspørre gang på gang på gang til inntak også sender de forespørselen videre til sykehuset».

Christel problematiserer også at fysio og ergo er organisert under en annen enhet, enn den enheten som avdelingen og sykepleierne tilhører når hun sier; «I og med at fysio og ergo har en annen ledelse enn det jeg har, så opplever jeg at de kjører sitt løp og vi kjører vårt løp.»

Christel sammenligner den avdelingen hun jobber på, *Rehabilitering intensiv* opp mot en annen rehabiliteringsavdeling i samme kommune som heter *Rehabilitering*. Hun forteller;

«Også har vi jo en rehabiliteringsavdeling på et sykehjem som er enklere, rehabiliteringsopphold med to dager i uka, så blir det dem som på en måte må prøve litt. Vi har opplevd at pasienter som har kommet på den andre rehabiliteringsavdelingen, at vi har fått de hit. At de ansatte på rehabiliteringsavdelingen på sykehjemmet har fått de inn, fordi de tror at pasienten egentlig trenger å komme hit. Vi har hatt en sånn siling den veien. Vi har et intensivt rehabiliteringstilbud her, som gjør at vi kan kjøre hardere, flere treningspass i døgnet. Vi har jo eget treningsrom her som gjør at de pasientene som faktisk er såpass, kan trene på egenhånd. De får et program også har vi et helt rom til rådighet som de kan bruke.»

Pasientene har treningsrom tilgjengelig. Treningsrommet brukes, slik jeg forstår det, både til treningstidene med fysioterapeut, men det står også tilgjengelig for pasientene på kveldstid og i helger. På den måten får pasientene gjennomført programmene de har fått utdelt av fysioterapeuten i form av egentrening. Ivaretagelsen av fysisk helse, med tilpassede egentreningsprogram og treningsrom, står i sterk kontrast til ivaretagelsen av psykisk helse, som ikke engang har fått avsatt egen tid på timeplanen eller profesjoner med spesialkompetanse på psykisk helse.

6.0 Diskusjon

I diskusjonen ser jeg informantenes utsagn som ble presentert i forrige kapittel i lys av relevant teori. Jeg har valgt å dele diskusjonskapittelet inn i to. De er knyttet opp til hvert sitt forskningsspørsmål.

6.1 Sykepleierens ansvar og erfaringer i forhold til oppfølging av psykisk helse

Alle informantene anser ivaretagelsen av psykisk helse som en viktig del av pasientens helhetlige rehabiliteringsprosess. Informantene er delte når de får spørsmål om hvor mange av pasientene de mener er i behov av oppfølging i forhold til psykisk helse. Svarene spenner seg fra «nesten ingen» til «alle». Informantene knytter behovet for oppfølging blant annet opp til endringsprosesser, motivasjonsarbeid, sorg over tapt funksjon, nedstemthet, angst og depresjon.

Til tross for at informantene ser på psykisk helse som viktig, så opplever alle informantene at psykisk helse er en underprioritert del av rehabiliteringen. Cathrine og Christel uttrykker en følelse av både skam og sorg over dette. Informantene knytter underprioritering opp til både kartlegging og ivaretagelse av psykisk helse. Christel er den eneste av informantene som svarer «ja» på at de har et standardisert kartleggingsverktøy for å kartlegge psykisk helse, men fordi hun forteller at ergoterapeuten kartlegger kognitiv funksjon med verktøyet, så gjør det den opprinnelige bekreftelsen hennes til et usikkerhetsmoment. Derimot forteller alle informantene at avdelingen kartlegger pasientene i forhold til fysisk funksjon.

Kartleggingsverktøyet de bruker er Barthel ADL index. Dette er et eksempel på at fokuset ligger på fysisk helse kontra psykisk helse. Alle informantene mine var voksne damer og de hadde mye erfaring, men alle ønsket mer kompetanse. Både på egne vegne, men også på vegne av avdelingen. Motivasjonen til ønske om mer kompetanse var noe delt, men informantene ønsket blant annet mer kompetanse for å få bekreftet at det de gjorde var riktig og fordi de følte at de hadde for lite kunnskap om endring av adferd, rehabiliteringsprosessen og psykisk helse. Til tross for den manglende formelle kompetansen, så skinner livserfaringen og yrkeserfaringen igjennom i sitatene, i form av all den tause kunnskapen de beskriver at de besitter. De beskriver en varhet, en omsorg og en helhetlig forståelse av pasienten, som de ikke kan tilegne seg kun ved å inneha formell kompetanse. De fremkaller en følelse av verdighet, trygghet, livsmot og mestringstro (Vabø, 2014, s 35) hos pasienten. For eksempel, fra informantenes sitater, ved å gi positiv feedback

når pasienten har en tung dag, de tar seg tiden til en ekstra prat og bruker god tid i stedet for å fremme mestring.

Sykepleierne ser pasienten hele døgnet, i alle av dagliglivets aktiviteter. Allikevel har de vanskelig med å si hva de bidrar med (Kneafsey, Long, Ryan, 2003). Christel forklarer at hun har «en egen antenne» som gjør at hun observerer hva hun møter i rommet. Dette er inngangen for emosjonelt arbeid, og en del av det som omtales som taus kunnskap. Taus kunnskap beskrives som kunnskapen man opparbeider seg gjennom livserfaring og praksis, og som sitter i fingrene eller i bevisstheten uten at man klarer å tilbakeføre den til teorier, prinsipper eller handlingskriterier (Vabø, 2014, s 35). I forhold til emosjonelt arbeid, og i henhold til Antonovskys fire hovedområder man må investere i for å ikke tape mening over tid (indre følelser, sosiale relasjoner, eksistensielle spørsmål og de aktivitetene man fyller livet sitt med (Dahl, 2014, s. 118 og 120)), kommer både Cathrine og Christel med konkrete eksempler på hvordan de investerer i pasientene sine. Gjennom bildeterapi hjelper Cathrine pasienten sin til å sette ord på hva som er viktig for henne, å tilbringe tid sammen med familien sin (sosiale relasjoner og indre følelser). Christel tar utgangspunkt i en telefonsamtale hun overhører pasienten ha med sin kone. Pasienten blir rørt og har vanskelig for å sette ord på hva han føler over ektefellen sin, noe Christel tolker som sorg og fortvilelse over hvordan livet er nå. Christel sier ikke til pasienten at hun har overhørt telefonsamtalen, men hun har hendelsen i bakhodet når hun senere på dagen er inne hos pasienten. Hun velger å bruke tid på å hjelpe pasienten til å se hvor langt han har kommet siden han ble innlagt avdelingen. Hun investerer i pasientens indre følelser og sosiale relasjoner for å hjelpe pasienten videre i sin rehabiliteringsprosess. Dette er også et godt eksempel på emosjonelt arbeid, og i tråd med hvordan Vabø beskriver en erfaren sykepleier som en sjonglør med følelser og stemninger, og hvordan sykepleieren evner å ta fram en sinnsstemning i seg selv som der og da best støtter pasientens rehabiliteringsforløp. Som nevnt i beskrivelsen av MI, kan det settes spørsmålstegn ved om dette grenser til manipulerende, men som med MI kan det også sees på som profesjonell empati å justere sitt uttrykk for ved det å hjelpe pasienten. Både sjonglering med følelser, og teknikkene brukt i MI, vil begge være tilfeller av «manipulering på en god måte» i det at det påvirker pasienten i en retning pasienten selv har liste som sitt mål.

Sykepleierne som jeg intervjuet jobbet alle turnus. To av sykepleierne oppgav at turnusen var fordelt på to ulike avdelinger. Det kan stilles spørsmålstegn ved hva dette gjør med kontinuiteten, og hva gjør det med relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, når sykepleieren «plutselig» blir borte over mange dager. Sykepleieren bygger relasjon ved å bruke tid på emosjonelt arbeid (Vabø, 2014, 35). Det emosjonelle gjøres for å påvirke pasientens følelser. En form for emosjonelt arbeid kalles tillitsarbeid. Tillitsarbeid er det arbeidet sykepleieren gjør for at pasienten skal stole på dem, for eksempel ved å inngå avtaler (Strauss m.fl.,1985, s 129). Ved at sykepleierens turnus og arbeidsforhold deles på to avdelinger kan man risikere at sykepleieren blir stående i en lojalitetskonflikt mellom ledelsens organisering av arbeidet og relasjonen sykepleieren bygger med pasientene. En metode for sykepleieren å bygge relasjon med pasienten, er å inngå avtaler med pasienten som følges opp. Dette kan bli praktisk vanskelig å gjennomføre, og vanskelig å være den effektive bidragsyteren til rehabiliteringen hun ønsker å være, da turnusen medfører at hun ikke får mulighet til å følge opp avtalen før mange dager senere.

Christel forteller at hun opplever det som verdifullt for pasienten når hun har arbeidsperioder på rehabiliteringsavdelingen som varer i opptil 14 dager. Hun opplever at hun da blir kjent med pasienten og pasienten får tiltro til henne. Hun bruker tid på å bygge relasjon. Å bygge relasjon er viktig for å bygge tillit med pasienten. Det er en av byggesteinene i MI og kognitiv atferdsterapi. Det er selve motivasjonsprosessen rundt endringen som er i fokus for en MI-samtale (Barth, Børtveit, Prescott, 2013, s 14-15).

I Antonovsky sin teori OAS så er det tre kjernekomponenter som er viktig for å beholde sin plass på skalaen mellom helse og uhelse; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Meningsfullhet, som også er komponenten som bærer motivasjon, kan også sees i sammenheng med det Antonovsky har skissert som de fire hovedområdene man må investere i for å ikke tape ressurser eller mening over tid. Disse hovedområdene er indre følelser, sosiale relasjoner, eksistensielle spørsmål og de aktivitetene man fyller livet sitt med. (Dahl, 2014, s. 118 og 120).

Antonovsky (s.43) beskriver at dersom pasienten er høy i forhold til begripelighet og meningsfullhet, men lav på håndterbarhet vil dette utgjøre et sterkt press i retning av endring, og derved en motivasjonsfaktor. Høy meningsfullhet er også beskrevet å kjennetegne pasienter som følger resilience-forløpet i Qvale og Schankes beskrivelse av

forskjellige rehabiliteringspasienters mestringsmekanisme. Forskjellen i teoriene kan kanskje tilskrives aldersvinduet pasienten befinner seg i, der Qvale og Schankes sine pasienter er yngre og i yrkesfør alder, mens den typiske av pasienten på kommunale rehabiliteringsinstitusjoner gjerne er over pensjonsalder. Alder vil kunne være en av faktorene som påvirker motivasjonen til å kunne gjennomføre tunge rehabiliteringsløp. Det kan tenkes at eldre derfor har større behov for hjelp til å finne mening. Profesjonene innen rehabilitering bør derfor ta høyde for at pasientene i større grad er i distress- og recovery-gruppene enn det Qvale og Schankes undersøkelser indikerer. Mestring gjennom recovery-forløpet kan gjøres alene, eller sammen med behandler. Behovet for veiledning og støtte kan også variere under prosessen, men gitt at rehab-pasienten i større grad enn yngre vil ha behov for veiledning i form av f.eks. MI og kognitiv adferdsterapi vil færre i den eldre gruppen kunne gjøre dette alene.

I rehabilitering av en pasient hvor hovedproblemstillingen er knyttet til somatikken, er det naturlig at det vil være fokus på forbedring av fysisk funksjon. Rehabilitering er en prosess som krever enorm innsats av pasienten. Derfor vil det være en forutsetning at pasienten har motivasjon for å kunne legge ned innsatsen. Motivasjon nevnes som et av må-kriteriene i pakkeforløp for hjerneslag (Helsedirektoratet, 2019, s 26-28). Det betyr ikke at det kun er pasienter som er ferdig motivert, som får tildelt plass på en rehabiliteringsavdeling. Det kan også bety at det tverrfaglige teamet må jobbe aktivt med motivasjon. Hjerneslagpasientens fysiske symptomer vil variere blant annet ut ifra psykisk helse (Brodal, 2013, s 349). I praksis vil det bety at pasientens utfall vil kunne variere fra dag til dag. Rehabiliteringen er ikke bare en gradvis oppadstigende kurve. Pasientene vil oppleve både nedturer og oppturer. Å sette seg mål for rehabiliteringen kan oppleves som motiverende for pasienten. Målet for rehabilitering settes av pasienten selv. Har pasienten en dårlig dag kan sykepleieren peke på målet, enten som en gulrot der fremme, eller man kan justere eller endre målet så det føles mer tilgjengelig og oppnåelig å nå målet for pasienten. Det tverrfaglige teamet kan ta utgangspunkt i skalaen fra en til ti og be pasienten plassere hvor stor tro han har på å nå målet. Er svaret under syv er troen for lite og bør endres (Scobbie og Dixon). Alle informantene fortalte at pasientene ved de avdelingene de arbeidet ved, jobbet ut ifra mål. Derimot var det varierende praksis i forhold til hvordan målet ble satt, evaluert og justert i løpet av rehabiliteringsprosessen. Kunnskapen om at det er en del av målsettings-prosessen

lå der, men kunnskapen ble ikke satt ut i praksis. Systemet var ikke lagt opp sånn. Motiverende intervju (MI) er et kommunikasjonsverktøy man med fordel kunne tatt i bruk under målsettingsprosessen. I MI er det selve motivasjonsprosessen til å gjennomføre en endring som er i fokus. I dette tilfelle, å finne motivasjonen til å legge inn innsatsen på trening, til tross for at det er tungt å komme i gang eller fordi pasientens erfaring fra tidligere treninger at fremgangen ikke skjer så fort som ønsket. Ved bruk av MI i målsettingsprosessen har sykepleieren mulighet til å bruke ytre motivasjon, i form av belønning, til å bygge den indre motivasjonen. For eksempel så kan sykepleieren foreslå for en pasient, som er mellom to funksjonsnivåer i forhold til gangfunksjon, at pasienten kan gå til toalettet med prekestol og sykepleier, mot at han kan bli forflyttet tilbake igjen med ståheis. På den måten viser sykepleieren at hun hører hva pasienten har sagt om tvil og motløshet, samtidig som hun retter fokuset mot pasientens friske del. I tillegg gir det sykepleieren mulighet til å anerkjenne pasientens innsats ved å poengtere fremgangen. Det salutogene perspektiv dreier i retning av det friske (Antonovsky, 2012, s 30) og handler blant annet om hvordan mestring skapes og hvordan vi kan klare oss med ulike utfordringer i livet (Dahl, 2014, s.115).

Sykepleieren er den eneste deltageren i det tverrfaglige teamet som ser pasienten gjennom hele døgnet. De er lett tilgjengelige for pasienten i alle situasjoner og sinnsstemninger gjennom døgnet. Sykepleierne var, med utgangspunkt i Anettes utsagn, de som holdt i alle trådene. På den måten skal sykepleieren kunne mye om alt. Sykepleieren var også den som satte i gang de ulike prosessene. Dette ble blant annet eksemplifisert med at sykepleierne var i morgenstellet, kalte inn til møter, skrev referater og holdt i dialogen med pasient, pårørende, lege, fysioterapeut og ergoterapeut. Til tross for dette fortalte sykepleierne at de følte seg som en mindreverdige deltager i det tverrfaglige samarbeidet når de sammenlignet seg med fysioterapeuten og ergoterapeuten. Informantene skisserte et hierarki, hvor fysioterapeuten ble ansett for å være den viktigste. Christel fortalte at hun følte at hun hadde veldig lav status, mens Cathrine forklarte hierarkiet ved å dele ut pallplasseringer, der fysioterapeuten fikk førsteplassen, ergoterapeuten andreplassen, mens sykepleieren fikk tredjeplassen. Parallelt med at fysioterapeuten hadde gullstandarden var det også pasientens fysiske problemstillinger som ble prioritert under oppholdet på rehabiliteringsavdelingen. Dette ble tydelig, både når sykepleierne beskrev pasientenes

timeplan, hvor ivaretagelsen av psykisk helse var fraværende, og i samarbeidet med tildelingskontoret, hvor fysisk funksjon var det som styrte diskusjonen rundt forlengelse av opphold eller utskrivelse til hjemmet eller annen institusjon. Det kan synes som det er skapt en kultur blant de tverrfaglige teamene der fysioterapeuten tilsynelatende eier prosessen, og underforstått at det somatiske er overstyrende, noe som står i kontrast til veilederens intensjon med fokus på tverrfaglige vurderinger for å sikre helhetlig tilnærming. Hvordan endte det der når sykepleierne uttrykker eksplisitt hvor viktig det er å få med hodet og at psykisk helse er livsviktig, når vi samtidig vet at det helhetlige perspektivet er viktig hvis tjenesten skal vurderes i forhold til faglig forsvarlighet (Helsedirektoratet, 2015, s 15)?

Hierarkiet i det tverrfaglige samarbeidet blir eksplisitt uttrykt i form av pallplasseringer, men informantene uttrykker det også når de beskriver hvordan samarbeidet fungerer med pasienten til stede. Dette er eksemplifisert med at fysioterapeuten ringer etter sykepleier når pasienten trenger et glass vann. Det at pasienten ber om et glass vann, kan representere mye, og ikke bare at pasienten er tørst. Det kan også bety at pasienten er sliten, at dagen er tung og at målet for treningen oppleves helt uopnåelig. I stedet for å sette sykepleieren «i jobb» på den måten fysioterapeuten gjør, kunne denne situasjonen blitt brukt på flere måter. Den kunne vært brukt med utgangspunkt i fysisk funksjon, ved at fysioterapeut og pasient, sammen, hentet et glass vann, men det kunne også blitt brukt, av fysioterapeuten til å ivareta den psykiske helsen. Fysioterapeuten kunne brukt dette som et ledd i relasjonsbyggingen. Ved at fysioterapeuten, sammen med pasient, eller alene, alt ettersom hva pasienten forteller, henter et glass vann, så ville den handlingen også sagt mange andre ting. For pasienten kunne den handlingen symbolisert at han blir tatt på alvor, at behovene hans er viktig og at han blir lyttet til. Fysioterapeuten kunne brukt drikkepausen som et utgangspunkt til å prate. Ved å bruke teknikker fra MI aktivt, kunne fysioterapeuten lyttet til pasientens historie, samt dreid retorikken i retning av måloppnåelse. På den måten ville fysioterapeuten gjort det Antonovsky mener man skal gjøre for å styrke opplevelsen av sammenheng, nemlig investert i pasientens indre følelser for å ikke tape mening. Dette kan beskrives som en del av motivasjonsarbeidet, men parallelt kunne dette også vært en måte for fysioterapeuten å drive emosjonelt arbeid og opparbeide seg taus kunnskap om pasienten som det ikke er mulig å lese seg opp på gjennom epikriser og andre typer rapporter. Motivasjon er et sentralt element innen rehabilitering. Ifølge Antonovsky, er

mening og motivasjon to sentrale begreper i forhold til hvordan pasient opplever sin OAS's. Fysioterapeuten uttrykker heller en ovenfra-og-ned holdning, som man kan anta at ikke bare sykepleieren registrerer, men også pasienten. Holdningen kan forsterke pasientens opplevelse av at det er det fysiske som er i fokus og velge å holde tilbake relevant informasjon i prosessen, fordi fysioterapeuten ikke bruker tid på å bygge relasjon, slik eksempelet viser. Dette, i seg selv, kan forsinke rehabiliteringen. Det kan også tenkes at pasienten ved en senere anledning velger å ikke be om vann fordi han ikke ønsker å være med på å skape eller forsterke, det han opplevde som en friksjon, mellom sykepleier og fysioterapeut. Christel forteller om et eksempel der fysio står og venter på at sykepleier skal bli ferdig med morgenstellet istedenfor å delta i stell. Holdningen reduserer sykepleierrollen til en butler eller tjener for fysioterapeuten og ikke som en likeverdig deltager av det tverrfaglige teamet. Til tross for at både fysioterapeuter og sykepleiere jobber nære pasienten og ifølge Lipsky (1980) er bakkebyråkrater, så har fysioterapeuten «fordelen» av å bare ha ansvaret for pasienten i en time pr dag. Det gir fysioterapeutene en mulighet til å distansere seg. Distansen, slik jeg tolker det, blir forsterket når de heller ikke kan hente et glass vann eller være en likeverdig del av morgenstellet til pasienten. Distansen gjør det lettere for fysioterapeuten å være en bakkebyråkrat hvis det senere i forløpet skulle vise seg at pasientens forventninger ikke samsvarer med det tilbudet de får. Av erfaring så vet deltagerne i det tverrfaglige samarbeidet at det kan oppstå uenigheter rundt vurdering om pasienten skal få forlenget sitt rehabiliteringsopphold eller om det skal avsluttes.

Holdningen bidrar til å opprettholde hierarkiet. Det gir rom for at pasienten kan tolke dette til å være en stille demonstrasjon på hvem som eier prosessen og at fysisk trening med fysio har prioriteten på en rehabiliteringsavdeling. Informantene oppgav å ha for få tverrfaglige treffpunkter. Mangelen på treffpunkter hindret den helhetlige tilnærmingen.

Informantene nevnte at tildelingskontoret var deltager i det tverrfaglige teamet når temaet for diskusjonen var forlengelse av opphold eller utskrivelse. Tildelingskontoret vil i denne sammenhengen ha flere hensyn å ta utover det medisinske. De sitter med oversikten over hvor mange ledige korttidsplasser de har tilgjengelig, samt hvor mange som er meldt eller forventes meldt utskrivningsklare fra spesialisthelsetjenesten. Det er tildelingskontoret sitt ansvar å sørge for riktig tjenestenivå til de pasientene som kommunen ivaretar. Hvis spesialisthelsetjenesten har meldt en pasient utskrivningsklar plikter kommunen å ta imot

pasienten innen en gitt tid. Klarer ikke kommunen å gi pasienten et egnet tilbud innen fristen, blir pasienten værende i spesialisthelsetjenesten og kommunen må betale for «overligger-døgn». Dette er dyrt, og noe kommunen i all hovedsak ønsker å unngå. Det er trolig egnet til å påvirke tildelingskontoret i diskusjonen, når det tverrfaglige teamet skal diskutere status og videre forløp for de rehabiliteringspasientene som de allerede har inneliggende. Fra St.Meld. nr 47 har man prinsippet at pasientene «eies» av kommunene, og også at det skal etterstrebe at pasientene skal bo i eget hjem. I et økonomisk perspektiv, vil uttalelser fra for eksempel fysioterapeuten som vurderer at pasienten kan gå med hjelpemiddel og på den måten bygge opp under at pasienten er klar for å rehabiliteres videre i sitt nærmiljø, være kjærkomment for tildelingskontoret. På den måten knytter fysioterapeuten argumentasjonen opp mot føringen i veileder for rehabilitering om at tjenestene som tilbys pasienten skal ytes «i eller nærmest mulig pasientens vante miljø» (Helsedirektoratet, 2015, s 11). Tilsvarende vil ergoterapeuten kunne informere om at hjemmet er ferdig tilrettelagt med hjelpemidler. Begge profesjoner med relativt håndfaste kriterier for sin vurdering. Sykepleieren på sin side, kan på bakgrunn av litt vage uttalelser av pasienten, eller observasjoner av sviktende motivasjon, utrygghet og dalende humør kanskje mene at man ikke er i mål med problemstillinger knyttet til det psykososiale, og derfor anbefale å forlenge oppholdet.

Når det gjelder å vurdere utskrivning eller forlengt opphold, og kanskje med en erfaring av litt gnissinger når det gjelder samarbeidsklime, er det en oppfattelse at «fysio er enig så lenge det innebærer at de ikke må endre praksis». På samme måte har kanskje tildelingskontoret et rykte på seg for å la økonomien få urettmessig mye innflytelse. Å ha tildelingskontoret med som en aktiv deltager i diskusjonen rundt forlengelse av opphold eller utskrivelse av pasient kan være med på å styrke revirtenkningen i stedet for å være en som fremmer altruisme. Dette understøttes av Axelsson & Axelsson (2009, s 105), som beskriver hvordan samarbeidet kan lide som følge av administrative grenser, ulik profesjonell kultur og bakgrunn, herunder fagbegrep og språk. Spørsmålet blir da om tildelingskontoret bør delta i det tverrfaglige teamets møter, eller alternativt at tildelingskontoret kun burde delta i en observatør-rolle, for å ikke blande medisinske vurderinger med økonomi og pasientflyt-problematikk?

Vektingen av det psyko-sosiale kompliseres av at kriterier og vurdering ikke kan bli så objektivt som i somatikken. En fysioterapeut kan relativt objektivt vurdere at pasienten kan forflytte seg selv og på den måten gjør det lettere for tildelingskontoret og avslutte vedtak for rehabilitering og samtidig henvise til hjemmesykepleien. Fordi de psykososiale aspektene av rehabilitering er sjelden en prosess hvor man kun ser fremgang, og der dagene kan være veldig forskjellige, vil mer subjektive vurderinger fra sykepleier omkring psykiske forhold ha vanskeligere for å nå fram. Funnene understøtter at vektingen av soma kontra psyke i det tverrfaglige samarbeidet ofte heller mot somatikk, med mindre sykepleieren har betydelig erfaring og fokus på det psykososiale og tør å stå i kampen. Det kan argumenteres at tildelingskontor og fysioterapeut bygger en allianse rundt håndfaste kriterier og økonomi, mens sykepleieren blir stående som den eneste som er imot avgjørelsen. Funnene indikerer at selv om sykepleieren er den yrkesutøverer som har et medisinsk døgnansvar for pasienten og er «den som holder i alle trådene» for å sitere Anette, blir denne ofte overkjørt. Samtidig som sykepleier ivaretar all den kollektive kunnskapen institusjonen opparbeider seg om pasienten, ved å kjenne epikriser og annen skriftlig dokumentasjon fra lege, samt all den informasjonen i form av fakta og historier hun har fått muntlig av pasienten underveis i relasjonsbyggingen, erfares at somatikk trumfer psykososialt. Stikk i strid med veilederen og prinsippene for helhetlig tilnærming.

For en nyutdannet og ung sykepleier kan dette være en vanskelig mening å fronte, når hun blir sittende alene med et standpunkt og når man i tillegg føler seg på bunnen i et etablert hierarki. Den nyutdannede har hverken den formelle kompetansen innen rehabilitering eller den uformelle, i form av erfaring og taus kunnskap. Et eksempel kan være at pasienten har oppgitt å føle på utrygghet i egen leilighet grunnet sin «nye» funksjonshemming og ytret ønske om en permisjon før utskrivelse. Det er kanskje ikke usannsynlig at tildelingskontoret vil helle mot å skrive ut pasient tidligere og derved åpne for å innvilge andre en sårt tiltrengt rehabiliteringsplass. Når man sitter med det økonomiske overblikket, kan det virke fristende å kunne velge å sikre pasientflyt fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, for derved unngå å betale for overliggerdøgn, heller enn å imøtekomme en pasientens (hvis rehabilitering går noe tregere enn antatt) ønske om å bli en uke til. Å ivareta den helhetlige tilnærmingen formidlet av sykepleierens erfaring og magefølelse (samt kanskje å se litt gjennom fingrene i forhold til brukermedvirkningen) kan være utfordrende sett opp mot å

forholde seg til objektive målekriterier hos andre profesjoner og kommunenes utfordrende økonomi. Dette samsvarer også med annen teori på beslektede felt, knyttet til bakkebyråkratiet. Bakkebyråkratiet innebærer at personer satt til å f.eks. fordele tjenester etter komplekse kriterier oppretter egne «snarveier i forvaltningen» som forenkler egen hverdag, eller som på annen måte gjør egne oppgaver enklere noen ganger i motsetning til regelverk og brukerrettigheter. Bakkebyråkratiet trives jo mer komplekse problemstillingene blir, og lovverk og forskrift er gjort diffust for å romme variasjonen i problemstillingene. Tildelingskontoret, og overordnet også institusjonenes administrasjon spesielt, bør derved være særlig på vakt i forhold til disse fallgruvene ved deltagelse i tverrfaglige team. Det gir derfor kanskje mening å vurdere hvorvidt man bør oppnå konsensus i slike diskusjoner, heller enn å ta utgangspunkt i et «simpelt flertall». Dette belyser samtidig behovet for altruisme. Å oppnå altruisme i et tverrfaglig samarbeid er krevende og fordrer at hver profesjon evner å løfte blikket.

I en tverrfaglig diskusjon vil det være forskjellige meninger, men det kan virke som det er lite rom for at man ser på forskjellige meninger som en styrke. Ulike meninger kan være et godt utgangspunkt å bygge videre på, men det kan også være en kilde til dårlig stemning. For å dra nytte av de forskjellige standpunktene, er det viktig at deltagerne unngår å møte uenigheter og innspill inn i diskusjonen med motstand. For å gi merverdi må innspill heller sees på som en mulighet, og et ønske fra den som kommer med innspillet til å finne den beste løsningen for pasienten. Man må evne å møte forskjellene som en viktig del av en prosess i å utvikle egne tanker og refleksjoner. Klarer man ikke dette, og enkelt-profesjoner ser på velvillige innspill fra andre fagfelt som kritikk eller sløsing av tid, vil prosessen som arbeidsmiljøet surne, og samarbeidet vil over tid bryte sammen. Institusjonen vil ikke kunne yte den helhetlige helsetjenesten pasienten forventer og er avhengig av. Profesjonene blir sittende på hver sin tue og hegne om sitt eget revir, i stedet for å løfte dialogen slik at man oppnår altruisme (Axelsson & Axelsson, 2014, 109). Sett opp mot informantenes uttalelser kan det virke nødvendig med en felles forståelse innad i det tverrfaglige teamet på begrepet rehabilitering og hvilke føringer som ligger for den tjenesten.

Sykepleieren er ofte også den profesjonen som må formidle tildelingskontorets beslutning til pasienten. En beslutning hun var faglig uenig. Sykepleieren blir offeret til alle bakkebyråkratene i det tverrfaglige teamet og må selv være en bakkebyråkrat i møte med

pasienten. Den samtalen setter sykepleieren i en skvis. Til tross for at hun frontet et annet synspunkt under diskusjonen i det tverrfaglige møte, må hun være lojal ovenfor hva som har blitt bestemt i det tverrfaglige samarbeidet og avgjørelsen til tildelingskontoret.

Sykepleieren må gå på akkord med pasientens opprinnelige ønske om permisjon før utskrivelse, og dermed også pasientens rett til brukermedvirkning. For å imøtekomme pasienten, men også være lojal mot egen ledelse ift avgjørelsen om utskrivelse, må sykepleieren i møte med pasienten, dreie pasientens fokus fra det som i utgangspunktet var ønsket, til det som har blitt besluttet. Ønsket om permisjon var basert på et ønske om å føle trygghet i eget hjem etter funksjonsnedsettelsen. Sykepleieren kan da, ved hjelp av en bevisst bruk av teknikkene i MI (åpne og lukkede spørsmål, reflektere, oppsummere og bekreftelser (Barth, Børtveit, Prescott, 2013, s 47-59)), fremheve andre utsagn fra pasienten som støtter ønsket utfall. Dette gjøres både for å forebygge en konflikt mellom de profesjonelle og pasient/pårørende, men også for at pasienten allikevel skal dra hjem med en følelse om at dette er noe han vil mestre. I slike situasjoner, må sykepleieren bruke kunnskap hun har opparbeidet seg om pasienten, som pasientens historie om pasientens levde liv (biografisk arbeid, emosjonelt arbeid), erfaring og opparbeidet intuisjon om når og hvordan temaet bør tas opp (taus kunnskap), så vel som den medisinske, faktiske kunnskapen om pasientens nåværende funksjonsevne. I samtaler, fremhever sykepleieren pasientens hovedmål om å flytte hjem, istedenfor pasientens delmål om permisjon, samtidig som hun peker på hvor langt pasienten har kommet, det friske, rent fysiske sett. Hun bruker pasientens indre motivasjon (Moltubak, 2020, s 143-145) for å oppnå det «systemet» ønsker å gjennomføre. I MI er det selve motivasjonsprosessen som er fokus for samtalen (Barth, Børtveit, Prescott, 2013, s 14-15). MI er klientsentret og den skal ivareta brukermedvirkning, men i eksempelet beskrevet ovenfor er det rom for å stille spørsmål ved om elementene i MI blir brukt som verktøy i manipulering (Wagner, McMahon, 2004, s 155), fordi det er sykepleieren som velger hva hun ønsker å fremheve av pasientens egne utsagn. Sykepleieren dreier retningen i samtalen ved å flytte pasientens fokus mot oppnåelse av hovedmålet som er å flytte hjem. I denne situasjonen velger også sykepleieren å fremheve fysisk funksjon på bekostning av psykisk helse, mens bakenforliggende motiv for kommunen som helhet kan knyttes opp mot økonomi.

Til tross for at alle informantene følte at sykepleieren var en mindreverdige deltager i det tverrfaglige teamet, så oppga informantene at de følte seg verdsatt. Både av de andre profesjonene i det tverrfaglige teamet og av sine sykepleierkollegaer. Følelsen av å være verdsatt var ikke først og fremst knyttet opp til sykepleierrollen, men til den de var som person og til den plassen de hadde tatt i samarbeidet. De fikk ting til å skje. De sørget for progresjon i rehabiliteringsprosessen, fordi de turte å ta tak, de hadde «gutsen» og de var ikke redde for å måtte stå i konflikter i det tverrfaglige samarbeidet. Informantene mine uttrykte derimot empati ovenfor sine yngre og mindre erfarne sykepleierkollegaer. De yngre sykepleierne turte ofte ikke å stille spørsmål eller å si imot når de sto alene som sykepleier i møte med resten av det tverrfaglige teamet. Informantene fortalte at de yngre sykepleierne heller valgte å gjøre ting feil enn å komme i konflikt med noen når det tverrfaglige teamet var samlet. Anette fortalte at det tok tid å bli god i rehabilitering. Det krever erfaring å vite når man kan pushe pasienten og når man skal innkalle til de ulike møtene. Dette er kunnskap som kommer med erfaring og kan sees på som taus kunnskap. Taus kunnskap får man gjennom livserfaring og praksis uten at man klarer å tilbakeføre den til teorier, prinsipper eller handlingskriterier (Vabø, 2014, s 35).

En annen indikator som kan si noe om forholdet mellom soma og psyke opp mot målsetningen om en helhetlig tilnærming til rehabilitering, kan være i hvilken grad oppgaver og aktiviteter utføres og settes på timeplan. Informantene forteller om mangel på systematisk kartlegging av pasientens psykiske helse, men også pasientens timeplan er et eksempel på at viktigheten av psykisk helse ikke er likestilt med viktigheten av fysisk helse. Pasientens treningstider med fysioterapeut og ergoterapeut føres på pasientens timeplan. Det samme er ikke gjeldende for pasientens psykiske helse, i form av for eksempel støttesamtaler. Anette forteller dog at oppfølging av psykisk helse føres i tiltaksplanen. Men tiltaksplanen er ikke noe som er tilgjengelig for pasienten, det beskriver kun de ansatte sine arbeidsoppgaver. Føring av støttesamtaler i tiltaksplaner kan neppe sees på som en god nok måte å organisere støttesamtaler, ei heller som en forsvarlig måte å sikre riktig fokus på psykisk helse. Det fremstår som et tiltak som har blitt iverksatt av en bakkebyråkrat i spagat, som skal tette gapet mellom de kravene de vet at de har opp mot de mulighetene de har i systemet. For å lage arbeidslister i journalsystemet, Gericca, knytter man oppdraget opp til intervaller; altså hvor ofte skal støttesamtalen gjøres. Oppgaven blir ikke knyttet opp mot

den enkelte ansatte. Sykepleierne jobber turnus og det er ingen selvfølge at den samme sykepleieren er på jobb for eksempel hver onsdag for å følge opp samtalene til pasienten. Med tanke på hva vi vet om viktigheten av relasjon mellom sykepleier og pasient i forhold til MI og kognitiv adferdsterapi så er det ønskelig at det er den samme personen hver gang som holder i samtalene hos en pasient.

I forbindelse med et tidligere forskningsarbeid satte Hansen (2018, s 129) spørsmålsteget ved om de ansatte innen rehabilitering på kommunalt nivå hadde for lite oppmerksomhet rettet mot psykisk helse. Han baserte utsagnet på at informantene de hadde intervjuet, ikke brukte begrepet «psykisk helse» eksplisitt. Informantene hadde brukt ord som sorg, krise, usikkerhet og angst. I samme forskningsartikkel skriver Hansen (2018, s 131) også at ansatte ved rehabiliteringsavdelingene anser psykisk helse som en oppgave for andre enn dem selv, og at det ikke ble gitt psykiatrisk oppfølging fordi det ikke var organisatorisk tilrettelagt. Siste del av utsagnet samsvarer med hva mine informanter har fortalt fra sine respektive avdelinger, nemlig at det ikke har vært organisatorisk tilrettelagt for ivaretagelsen av psykisk helse innen somatisk rehabilitering, verken i forhold til kartlegging eller ivaretagelse underveis. Både kartleggingen og ivaretagelsen baserer seg på skjønn og interesse/fokus fra den enkelte sykepleier. Til tross for mangel på formell kompetanse og mangel på organisatorisk tilrettelegging så viser informantene jeg har intervjuet at de vektlegger psykisk helse ved de pasienthistoriene de deler, samt hvordan de jobber med pasientene. Min påstand er derfor at sykepleiere har oppmerksomhet på psykisk helse, til tross for manglende organisatorisk støtte, men også at det er behov for mer formell kompetanse, samt en anerkjennelse av taus kunnskap. Sannsynligvis er mine funn og Hansens konklusjoner sammenfallende dersom man tar informantenes manglende kompetansenivå med i betraktningen. Hansen (2018) kan tolkes til å mene at psykisk helse ikke er ivaretatt tilstrekkelig og baserer dette på det faktum at informantene ikke nevnte uttrykket psykisk helse eksplisitt. Men Hansens informanter beskriver forskjellige symptomer av psykisk uhelse, om ikke nøyaktig begrep, og hvordan de forholder seg til disse i behandlingen. Min tolkning er at sykepleiere ved kommunale rehabiliteringsavdelinger ivaretar psykisk helse etter beste evne. Mye av jobben nevnes ikke eksplisitt, da det i stor grad består av emosjonelt arbeid basert på taus kunnskap og erfaring, og er en type arbeid erfarne sykepleiere ikke «legger merke til i hverdagen» fordi det skjer litt naturlig. Sekundært vil det

vanskelig fremkomme i et intervju dersom man forutsetter korrekt fagterminologi som en trigger, ettersom formell kompetanse på området er mangelvare.

Ønske om mer kompetanse er en gjenganger blant mine informanter. Christel forklarer at mer kompetanse kan gi henne bekreftelse på at det hun gjør er riktig. Mangelen på formell kompetanse og taus kunnskap er utfordrende på flere områder, og mangelen på prosedyrer, sjekklister og formelle prosesser legger mye ansvar på den enkelte sykepleier. Anette fortalte at hun hadde sluttet på rehabiliteringsavdelingen ved en tidligere anledning fordi hun hadde opplevd arbeidssituasjonen sin som tung, hun hadde følt seg alene som sykepleier og hun hadde vært redd for å gjøre feil. Christel forteller at pasientene setter pris på at hun bruker tid på å bygge relasjon, og forteller også at kommunen bruker kompetanse fra en annen enhet, etter utskrivelse, når det gjelder ivaretagelsen av psykisk helse. Anette forteller det samme, og utdyper at den psykiske oppfølgingen ikke er en del av det tverrfaglige teamet som følger pasienten tett. Uavhengig av praktisk løsning (se 6.2.3.), vil det være nødvendig med tilgjengelig kompetanse på avdelingen.

Informantene fortalte at de hadde kontakt med psykiatri-tjenesten i kommunen hvis det var behov for det. Som Christel sier om tilbudet: «Det tilbudet de har fått, har ikke vært noe revolusjonerende, men det er i hvert fall bedre enn ingenting». Fra informantene kan man også spore en selvmotsigelse. På den ene side så ønsker de et tettere tverrfaglig samarbeid, samtidig som de aktivt benytter ekstern kompetanse på psykisk helse. Det er fordeler og ulemper ved begge løsninger. Den eksterne kompetansen inngår ikke i det tverrfaglige teamet som jobber nærme pasienten på avdelingen. Ergo er den ikke en aktiv deltager på de tverrfaglige møtene hvor pasientens prosess blir drøftet. I tillegg blir den eksterne kompetansen aktuell litt ut i prosessen og har derfor ikke vært med fra starten. Dette gjør at relasjonen er ikke bygd stein for stein. Ekstern kompetanse har heller ikke fordel av å kunne koble soma og psyke, når de ikke er en del av det tverrfaglige teamet. Intern kompetanse har fordel av å ha relasjonen på plass, men for enkelte pasienter kan det for noen være vanskelig at det er den samme personen som skal snakke med pasienten om «de tunge tankene» og samtidig også være den som tar « rumpevasken ». Anette setter ord på en ekstra side ved dette når hun forklarer at noe av grunnen til at hun sluttet den første gangen var at det var tøft en periode med mange tunge caser. Hun sa «Den psykiske biten gjelder jo også for ansatte, tenker jeg». Det er grenser for hvor mye belastning den enkelte sykepleier

skal takle, spesielt når man i tillegg føler at man mangler kompetansen. I tillegg er det ikke slik at de tunge tankene bare blir uttrykt når det er satt av tid til samtale. Det kan like gjerne komme under morgenstellet eller ved toalett-besøket. I tunge tilfeller kan det derfor være positivt om de tunge tankene bearbeides med en ekstern behandler. Ser man til andre yrkesgrupper som utsettes for betydelig psykisk belastning fremheves kollegastøtte i en form for «de-brief» som nødvendig. Dette skisserer også Vabø (2014, s. 42) betydningen av, men det bør kanskje vektlegges at i tillegg til å være en arena for erfaringsdeling og læring på tvers, bør det også være til nytte for den enkelte sykepleier som trenger å få lettet hjerte.

6.2 Forbedringsforslag i forhold til oppfølgingen av psykisk helse

Rehabiliterings hovedmål er, ifølge veileder for rehabilitering (Helsedirektoratet, 2015, s 9) at pasienten skal oppnå størst mulig grad av selvstendighet, deltagelse og livskvalitet. Et av hovedmålene med Samhandlingsreformen er prinsippet om helhetlig tilnærming. Det gjelder også innen rehabilitering. I arbeidet med helhetlig tilnærming er det ikke først og fremst i forhold til fysisk funksjon kravene blir senket på, men heller i forhold til psykisk helse. Sett opp mot teori og funn er det flere tiltak man kan iverksette for å sikre og forbedre ivaretagelsen av psykisk helse innen somatisk rehabilitering.

På bakgrunn av foregående kapittel (6.1) kan man skissere flere forbedringsforslag i forhold til oppfølgingen av psykisk helse hos pasienter som er innlagt på en somatisk rehabiliteringsavdeling. Forbedringsforslagene baserer seg på informantenes utsagn. Jeg velger derfor å følge opp de temaene jeg tok utgangspunkt i, da jeg presenterte funnene, i dette kapittelet. Forbedringsforslagene tar derfor utgangspunkt i

- Tverrfaglig samarbeid
- Kompetanse og erfaring
- Organisatorisk/systematikk

6.2.1 Tverrfaglig samarbeid

Den helhetlige tilnærmingen innen rehabilitering kommer tydelig frem i den siste halvdel av definisjonen for rehabilitering. Der beskrives det at pasienter som står i

«fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet"

(Helsedirektoratet, 2015, s.12).

For å kunne ivareta det *fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale* – den helhetlige tilnærmingen – må profesjonene på en rehabiliteringsavdeling være tverrfaglig sammensatt. Profesjonene som er skissert som sentrale i veileder for rehabilitering er lege, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, sosionom, sykepleier og helsefagarbeider. Ved avdelingene som informantene jobber ved, er det tverrfaglige teamet representert ved lege, sykepleier, helsefagarbeider, fysioterapeut og ergoterapeut. Sett opp mot veileder for rehabilitering sine anbefalinger, så manglet alle avdelingene sosionom og psykolog. Veileder for rehabilitering anbefaler også at noen bør ha etterutdanning, der psykisk helse og rehabilitering nevnes som relevante etterutdanningene (Helsedirektoratet, 2015, s 47). Ingen av avdelingene som informantene representerte, hadde dette. Et tankekors, til tross for at alle informantene oppga å ha lege representert på avdelingene, var at ingen av informantene omtalte legen eller legens rolle i det tverrfaglige teamet knyttet opp mot de andre temaene i intervjuene. Legen sitter med det medisinske ansvaret, men er ikke en aktiv deltager i forhold til mål, rehabiliteringspotensiale, tverrfaglig samarbeid, tunge tanker eller endringsarbeid. I hvert fall ikke basert på informantene mine sine utsagn. Det kan derfor tenkes at dette er en ekstra tråd, altså legen, som sykepleierne også må holde i. Det underbygges av Anette når hun sier at det også var sykepleierne sin oppgave «å holde i dialogen med legen». Dette kan indikere at sykepleieren er viktigere i det tverrfaglige teamet enn de selv føler, sett opp mot pall-plasseringene.

For å ivareta den helhetlige tilnærmingen, som rehabilitering innebærer, er det behov for å utvide teamet med flere profesjoner. Profesjoner knyttet til fysisk helse er ivaretatt. Det som mangler er profesjoner som skal ivareta den psykososiale delen av den helhetlige tilnærmingen. Eksempelvis psykolog, psykiatrisk sykepleier og sosionom. I tillegg kan det virke som det er behov for å styrke legens rolle og deltagelse inn i teamet. Dette vil plassere det medisinske ansvaret hos legen, hvor det hører hjemme. I tillegg vil det redusere byrden hos sykepleieren som sitter med jobben med å holde i alle trådene.

Informantene forteller om flere aspekter ved det tverrfaglige samarbeidet som er til hinder for den helhetlige tilnærmingen. Et aspekt er at det er få tverrfaglige treffpunkter/samarbeidsmøter. Informantene ønsker flere. Behovet knyttes både opp mot målsettingsprosessen, hvor pasienten er en aktiv deltager, men også opp mot møter hvor kun det tverrfaglige teamet deltar. Informantene hadde ulik praksis når det gjaldt å jobbe mot mål. Anette fortalte at det tverrfaglige teamet hadde et målmøte i begynnelsen av pasientens opphold, mens Cathrine fortalte at de ulike deltagerne snakket med pasienten hver for seg. Cathrine opplevde ikke dette som en god måte å sette mål på. Hun ønsket å gjøre det på samme måte som Anette fortalte. På den måten fikk alle i det tverrfaglige teamet hørt det første som ble sagt. Ingen av informantene hadde en fast rutine på evaluering av målet. Christel beskrev at evaluering av mål var noe de gjorde «ad hoc».

Informantene ønsket flere tverrfaglige treffpunkter/samarbeidsmøter, hvor hovedfokuset ikke skulle være rettet mot utskrivelse eller forlengelse av opphold med tildelingskontoret som en aktiv deltager. Cathrine beskriver hvordan hun pleier å jobbe tett på fysio og ergo. Spørsmålene hun stiller, kan med fordel stilles i et tverrfaglig samarbeidsmøte med hele teamet til stede. Agendaen for et slikt møte vil være å diskutere de inneliggende pasientene. Når de ulike profesjonene deler av sin kunnskap og sine ferdigheter, vil hver enkelt profesjon, ideelt sett, kunne knytte relevant kompetanse opp mot de aktuelle pasientene i disse møtene. Er pasienten nylig innlagt vil møte være starten på en prosess, og har pasienten vært inneliggende over en tid tar man utgangspunkt i hva som har skjedd siden forrige tverrfaglige møte og bygger videre på det. Aktuelle utgangspunkt for tverrfaglige diskusjonen kan være; Hva har skjedd siden sist? Hva er utfordringene? Hva jobber vi med? Hva gjør pasienten selv i stedet? Hva motiveres pasienten av? Hva er viktig for pasienten? Hva får pasienten hjelp til i stedet? Hvordan forflytter pasienten seg (med eller uten hjelpemiddel)? Hva jobber vi mot? Deltagerne i det tverrfaglige teamet ser pasienten i ulike settinger. Ved tverrfaglig samarbeid skal man kunne ta i bruk hverandres kunnskaper samt ta felles beslutninger (Willumsen, 2009, s 21), noe som innebærer at hver profesjon må dele av sin kunnskap. Å dele kunnskap vil ikke bare ha verdi for den enkelte pasienten man diskuterer, men det har en merverdi i at man får trygge medarbeidere. Alle vet hva fokuset er fremover og hvordan man skal løse det. For at de tverrfaglige treffpunktene skal være nyttige, kan det synes som en nødvendighet å jobbe med kulturen i det tverrfaglige teamet.

Sykepleieren føler seg som en underdanig deltaker. I tillegg er det flere som velger å ikke fronte eget standpunkt i drøftingen rundt en pasient i frykt for hvordan dette vil bli møtt. Samarbeidet bærer ikke bare preg av revirtenkning. Det bærer også preg av å ha en skjev maktfordeling, hvor sykepleieren er den underdanige part.

Å samarbeide med tildelingskontoret er uunngåelig, men det kan med fordel gjøres på en annen måte enn det som blir skissert av informantene. Ifølge veilederen skal kompetanse på rehabilitering også være representert hos tildelingskontoret (Helsedirektoratet, 2015, s 46). Det er rom for å stille spørsmål om kompetansen hos de ulike representantene fra tildelingskontoret faktisk er til stede, da det kan virke som om diskusjonen med tildelingskontoret i all hovedsak tar utgangspunkt i fysisk funksjon. Med det som utgangspunkt er forbedringsforslaget å utvide antall tverrfaglige treffpunkter, men også at man skiller på hva som er agenda for møtene. Mitt forslag er å alltid ha et målmøte en av de første dagene av pasientens opphold, slik Anette beskriver. På målmøte må man sette dato for når evaluering av målet skal skje, slik at man sikrer progresjon i målsetting- og rehabiliteringsprosessen. I tillegg bør man ha tverrfaglige treffpunkter hvor pasient ikke er til stede for å ha en arena å diskutere progresjon, utfordringer, tiltak etc. Dette kan også være en arena for deltagerne i det tverrfaglige teamet for å lære av hverandre. Kunnskapen drar man med seg videre i møte med andre pasienter, både de som er inneliggende, men også de som kommer. Pasientens status som det tverrfaglige teamet enes om, kan være utgangspunkt i egne tverrfaglige treffpunkter, hvor også tildelingskontoret er representert.

Følgende forbedringsforslag er omtalt i dette kapittelet:

- Tilføre flere profesjoner, samt styrke legens rolle, i de tverrfaglige teamene for å ivareta den helhetlige tilnærmingen.
- Flere tverrfaglige treffpunkter med ulike fokus. I tillegg bør man skille på treffpunkter som drøfter pasientens prosess og de som skal avklare om pasienten skal skrives ut eller få utvidelse av oppholdet.
- Jobbe med kulturen i det tverrfaglige samarbeidet. Avvikle hierarkiet, slik at deltagerne i det tverrfaglige teamet blir mer likeverdige. Skape en delekultur i de tverrfaglige møtene som et naturlig utgangspunkt for drøfting av inneliggende pasienter.

6.2.2 Kompetanse og erfaring

Alle informantene uttrykte at de manglet formell kompetanse, både på egne vegne, men også på vegne av avdelingen de representerte. Anette hadde tatt opp ønske om mer kompetanse med sin leder og fortalte at hun hadde blitt møtt med forståelse, men at det hadde stoppet der. Anette hadde ikke mulighet til å sette av tid og penger til å gjøre dette på eget initiativ. Christel fortalte at også hun ønsket mer kompetanse om ikke for annet enn å få bekreftet at det hun gjorde var riktig. Cathrine var den eneste av informantene mine som hadde videreutdanning innen et felt både hun og hennes kollegaer opplevde som relevant på rehabiliteringsavdelingen. Hun hadde videreutdanning innen bildeterapi, på høyskolenivå. Bildeterapien brukte hun opp mot hjerneslagpasienter i arbeidet med psykisk helse. Utfordringen var at ledelsen ikke oppfattet dette som relevant kompetanse, uten at Cathrine kunne si hvorfor, og dermed ble det ikke lagt til rette for dette som et verktøy i arbeidet med oppfølging av psykisk helse. Veiledningsmetodikk/MI er et av temaområdene som «noen» i det tverrfaglige teamet skal ha kompetanse i (Helsedirektoratet, 2015, s 47). Med unntak av Anette, var det ingen av informantene som oppgav at MI var tilgjengelig kompetanse på avdelingen. På Anette sin avdeling så var det helsefagarbeiderne som hadde kompetansen. Paradokset med det var at Anette også fortalte at det var sykepleierne som hadde støttesamtalene.

For å styrke ivaretagelsen av psykisk helse er det behov for å øke kompetanse blant sykepleiere innen somatisk rehabilitering. For å styrke fokus på helhetlig tilnærming, hvor psykisk helse er en likeverdig del, må man øke kompetansen i form av etter- og videreutdanninger med for eksempel psykisk helse og rehabilitering, som informantene uttrykker spesifikt ønske om selv. I tillegg må man ta vare på den kompetansen som allerede eksisterer, som blir eksemplifisert med bildeterapi av Cathrine, ved å legge til rette for at det er rom for den som besitter kunnskapen til å ta den i bruk. Det er ikke riktig at ansatte, på eget initiativ, skal være de som sørger for kompetanseheving. På den måten gjør man medarbeidere, som i utgangspunktet var engasjerte, til utbrente. Kompetanse gir den enkelte sykepleier trygghet og kunnskap når man skal argumentere for sine synspunkter i et tverrfaglig samarbeid. Formell kompetanse gir en annen tyngde og gjør at man kan begrunne sine synspunkter og ståsted i noe annet enn magefølelse og taus kunnskap.

Anette forteller at sykepleiere bruker lang tid på å bli god i rehabilitering. Flere av informantene uttrykker empati ovenfor sine yngre og ferske sykepleierkollegaer. På bakgrunn av dette kan det virke som det er et behov for å investere i nye sykepleiere som blir ansatt. Det gjelder både sykepleiere som har jobbet noen år, men som ikke har erfaring fra rehabilitering, samt de som er nyutdannede. Christel, som var i midten av 50-årene, fortalte at hun hadde hatt en jobb hvor hun måtte lære seg å takle det å ikke bli godt likt. Beskjeder måtte gis selv om de var ubehagelige, også måtte hun bare stå i det. Hun opplevde dette som nyttig kunnskap inn i et tverrfaglig samarbeid. Christel fortalte hvordan hun brukte egne erfaringer for å ivareta de nye sykepleierne. Et forbedringsforslag er derfor å innføre en mentor-ordning for nyansatte og nyutdannede sykepleiere. Med mentor-ordning mener jeg mer enn opplæring. En erfaren sykepleier som mentor vil ha rollen over en lengre periode. Sett opp mot Anette sitt utsagn om at man bruker lenger tid enn et halvt år på å bli god i rehabilitering, så vil jeg foreslå at en mentor-ordning skal vare i ett år. Det tar tid å lære taus kunnskap. I den prosessen er det fint å ha en mentor å sparre med. Dette vil trygge og styrke den enkelte sykepleier som øker muligheten for at sykepleieren vil stå lenger i jobben.

Et tankekors er hvorvidt ønske om teori om mer kompetanse fra ledelsen blir satt ut i praksis ved faktisk å sette av tid og penger til å tilegne avdelingen denne, eller om det kun er en floskel fra en festtale med lite rot i virkeligheten. Helhetlig tilnærming, og implisitt kompetanse innen både somatikk og psykisk rehabilitering, er etterlyst i Veilederen. Mine erfaringer i forhold til å gjennomføre intervjuene (ref. 4.1.3), samt også informantenes sitater, er at det i praksis ikke gjøres de nødvendige grep. For eksempel var det kun et fåtall av teamlederne jeg sendte e-post til som besvarte. Av de som besvarte, var det en del som utsatte til evigheten, og aldri ble konkrete på når det kunne gjennomføres. Kun en av informantene opplyste at hun hadde fått den videresendt av teamleder, så det er usikkert hvor mange av teamlederne som faktisk videresendte. Teamleder som videresendte var kun villige til å videresende mail, men ikke tilrettelegge for intervjuet i form av å gi arbeidstid eller tilby fasiliteter til å utføre intervjuet i. Den store majoriteten besvarte ikke, men en svarte nei til å delta med begrunnelse i at de stod i en ressurs-utfordring på avdelingen. Intervjuene, om man skal generalisere, indikerer derved at institusjonene ikke støtter opp under forskning på eget fagområdet. Illustrerende nok, slik som også vektleggingen av psykisk helse i arbeidet på respektives avdelinger, ble overlatt til den enkelte på sitt private

initiativ, og på sin egen tid. Oppsummeringen blir derved at fagutviklingen drives videre på privat initiativ, og det forventes at den enkelte ansatte/sykepleier skal bruke av sin egen tid til å stille til intervju for å bidra til å sette ord på eget fagfelt og utfordringer man har å jobbe med. Dette samsvarer lite med de politiske målsetningene og satsningene som Veilederen legger opp til.

Følgende forbedringsforslag er omtalt i dette kapittelet:

- Øke kompetansen blant sykepleierne for å ivareta den helhetlige tilnærmingen. På bakgrunn av informantenes ønsker er kompetansen er knyttet opp mot psykisk helse og rehabilitering
- Ta vare på den kompetansen som allerede eksisterer.
- Mentor-ordning for nyutdannede og nyansatte sykepleiere.

6.2.3 Organisering/systematikk

Alle informantene mine jobbet på avdelinger innen kommunehelsetjenesten hvor sengene var øremerket pasienter med behov for rehabilitering. Avdelingene de jobbet på, hadde forskjellige navn. En jobbet ved en avdeling som het *Rehabilitering*, mens de tre andre informantene jobbet ved avdelinger som het *Rehabilitering intensiv*. I utgangspunktet så skulle man tro at *Rehabilitering intensiv* hadde et større, bredere eller mer intensivt opplegg enn *Rehabilitering*. Med utgangspunkt i hva mine informanter forteller om sine respektive avdelinger, så stemte ikke den antagelsen. Alle avdelingene de representerte hadde det samme tilbudet både i forhold til tilgjengelig kompetanse på avdelingen, men også i forhold til hvor mange timer pasientene hadde mulighet til å trene med fysioterapeut og ergoterapeut per dag. To av informantene, som jobbet ved *Rehabilitering intensiv* sammenlignet seg med en annen rehabiliteringsavdeling i samme kommune som het *Rehabilitering*. Forskjellen på de to avdelingene i den kommunen viste seg å være knyttet opp mot målgruppen og antall treninger pr uke. Mens pasientene på *Rehabilitering intensiv* fikk trening hver dag, så fikk pasientene på *Rehabilitering* trening en til tre ganger pr uke. I tillegg var det de eldste pasientene som fikk plass på *Rehabilitering*, i motsetning til *Rehabilitering intensiv* hvor intensjonen var at målgruppen for avdelingen var yngre og arbeidsføre «som kan drive med intensiv trening». Den ene informanten utdyper dette og forteller at fordelingen av pasienter mellom avdelingen ikke fungerer optimalt eller i

henhold til intensjonen. De fleste pasientene som kom til *Rehabilitering intensiv* var også eldre i pensjonsalder. Til dels blir dette begrunnet med at avdelingen var ny og ikke var innkjørt godt enda, samt at det har vært unntakstilstand grunnet corona-epidemien.

For å imøtekomme problemstillingen som er skissert vil følgende problemstillingen ikke kunne løses lokalt. Det bør komme sentrale føringer på denne problemstillingen. Mitt forslag er dog at det ikke bør skilles på tjenesten slik det er skissert over. Man har ikke et valg om rehabilitering skal være helhetlig eller ikke. Man kan ta individuelle vurderinger i forhold til antall treninger, men da må det begrunnes i den enkelte pasients kapasitet og ikke i forhold til alder, slik Christel forteller at de gjør. Det er ikke samsvar mellom kriteriet om at pasientene på *Rehabilitering Intensiv* kun skal ta inn pasienter under 67 år, mens *Rehabilitering* skulle ta imot de pasientene over, når vi vet at statistisk er 88 % er av de som blir innlagt kommunale rehabiliteringsinstitusjoner over 67 år (Helsedirektoratet, 2020, s 14).

Ifølge informantene er fokus på psykisk helse mangelvare. Sett opp mot ivaretagelsen av fysisk helse er forskjellen stor. Dette blir eksemplifisert på flere måter, blant annet ved pasientens timeplan, der pasientens timer med fysioterapeut og ergoterapeut oppført. Ivaretagelsen av psykisk helse fremkommer ikke på timeplanen. Vektlegging av fysisk helse blir ekstra tydelig når pasientene også har et eget treningsrom som de kan bruke til å gjennomføre egentreningsprogram de har fått av fysioterapeut, men det er ikke nevnt tilsvarende rom tilrettelagt for støttesamtaler, slik som et rolig rom der en person med spesialkompetanse innen psykisk helse kan snakke med pasienten om de tunge tankene uten fare for støy, mas og utidige avbrytelser.

Christel knytter noen av de problemstillingene de møter på, til det faktum at sykepleierne tilhører en annen enhet enn fysioterapeutene og ergoterapeutene. Konsekvensen av det er at de har en annen ledelse enn fysioterapeutene og ergoterapeutene. Hun mener at forskjellige enheter/ledelse er noe av grunnen til at sykepleierne har et annet fokus enn fysioterapeutene og ergoterapeutene. Christel forteller også at turnusen hennes er delt mellom to ulike avdelinger. Hun forteller at hun opplever det som verdifullt for pasienten når hun har arbeidsperioder på rehabiliteringsavdelingen som varer i opptil 14 dager. Det gir en kontinuitet både for henne og for pasienten.

Et forbedringspunkt vil derfor være at man bør se på muligheten til å organisere de kommunale rehabiliteringsavdelingene på en annen måte. På den måten vil man i større grad oppnå en vi-kultur, kontra en oss-og-dem-kultur. På sett og vis kan det argumenteres at sykepleierne opptrer mer som «lagspillere», der både oppgaver og organisering implisitt er lagt opp som en lag-oppgave. Tilsvarende kan de andre profesjonene sees på som mer «individuelle utøvere», der jobben utføres av en og samme person fra begynnelse til slutt. En sykepleier vil forutsette samarbeid, mens en fysioterapeut ikke vil være vant med denne typen arbeidsmetodikk, og at dette bidrar til at samarbeidsproblemer i tverrfaglige team. Det finnes selvfølgelig mange unntak på begge sider, men dersom organisering kan bidra til bedre tverrfaglig samarbeid bør dette i det minste testes ut. Institusjonen bør på vegne av pasienten så vel som ansatte, unngå at fysioterapeut, ergoterapeut, og psykologiske ressurser kommer innom som en slags innleid konsulent med en forventning om at sykepleieren skal servere pasienten et glass vann under treningen. Det er heller ikke produktivt at fysio eller ergo står og venter på at sykepleieren skal bli ferdig med morgenstell av pasient i stedet for å engasjere seg. Fysioterapeut og ergoterapeut som grovt sett ser pasienten en time hver på hverdagene vil på denne måten få mer informasjon om pasientens funksjonsnivå. Med en vi-kultur oppnår man at profesjonene blir mer likeverdige i samarbeidet.

Parallelt med en omorganisering av enhetene gis det også rom for å se på muligheten til å endre de ansattes tilstedeværelse på avdelingen. Burde alle profesjonene som jobber nærme pasienten være i turnus, eller ville det vært mest hensiktsmessig å beholde fysioterapeutene og ergoterapeutene i dagstillinger. Ved å beholde fysioterapeutene og ergoterapeutene i stillinger som kun jobber dag, vil det også være en fordel om en av sykepleierne ved avdelingen var ansatt i en dagstilling. Alternativt, kunne det vurderes å forskyve arbeidstiden slik at en dagstilling vil overlape med både kveldsskift og dagskift. De ansatte som går i turnus, vil delta på de tverrfaglige møtene som er når de er på jobb. På den måten vil alle profesjonene kunne ha de samme representantene i møter som foregår på dagtid, noe som vil være viktig for å opprettholde kontinuiteten. Fordelen med den måten å organisere rehabiliteringsavdelingen på, er at de ulike profesjonene kan jobbe sammen, i møte med pasientene, og ikke parallelt, slik de i stor grad gjør nå. Profesjonene vil gjøre de samme erfaringene i møte med pasientens utfordringer og i større grad dra nytte av

hverandres kompetanse for å finne løsninger. Dette tror jeg vil være med på å endre dynamikken på de tverrfaglige treffpunktene til det bedre. Ulempen med forbedringsforslaget er det sannsynligvis vil være upopulært blant fysioterapeuter og ergoterapeuter. Mulig at det vil være vanskelig å få ansatt fysioterapeuter og ergoterapeuter i slike stillinger, dersom de mister friheten til å velge bort deltagelse de mindre sjarmerende sidene ved rehabiliteringspasienter, slik som å trenge hjelp til å ivareta kroppens basale behov, eller ikke kunne være selvstendig i forhold til egen hygiene.

Uavhengig av organiserings-alternativene, vil forslagene innebære at profesjonene i større grad vil se og erfare pasienten sammen, slik at når man skal diskutere pasienten vil erfaringsgrunnlaget og kanskje språket være mer likt. Dette vil kunne styrke det helhetlige perspektivet, og et sammenvevd tverrprofesjonelt arbeid på en helt annen måte vil kunne sette somatiske og psykiske problemstillinger sammen til en enhet. For pasienten vil det utvilsomt også være positivt å styrke evnen til å jobbe sammen mot å dreie pasienten i retning av endring.

Bredere i det tverrfaglige teamet, er det jo slik at organiseringen av sykepleie, fysio og ergo er knyttet opp mot forskjellige enheter. Dette betyr forskjellige ledere og forskjellige budsjett. Denne organiseringen kan påvirke hierarki samt komplisere tverrfaglig samarbeid og delekultur. Ved å knytte alle profesjonene til en avdeling får man organisert alle under samme enhet, og under samme ledelse. Dermed unngår man koordinering og administrasjon på ledernivå. Det vil også knytte alle til samme målforståelse og prioritering for rehabiliteringsforløpene. Det kan også bidra til å få den daglige driften på avdelingen til å gå rundt.

Uavhengig av om profesjonene som jobber ved rehabiliteringsavdelingen er organisert under samme enhet, eller ikke, vil det styrke på samarbeidet og det helhetlige perspektivet, å utarbeide felles prosedyrer. Prosedyrer som må forankres i de(n) aktuelle ledelsen(e). Prosedyrene må bygge på føringene i veileder for rehabilitering. Eksempler på relevante prosedyrer kan for eksempel være hva et pasientforløp på rehabiliteringsavdelingen skal inneholde, samt målsettingsprosessen, for eksempel med utgangspunkt i G-AP framework (Scobbie & Dixon, 2014, s 226-227) eller en prosedyre som tar utgangspunkt i hvordan man skal ivareta den psykiske helsen når den som skal ivareta den, er psykiatri-tjenesten i kommunen, og ikke intern kompetanse.

Forbedringsforslag som er presentert i dette kapitlet:

- Sentrale føringer på hva en kommunal rehabiliteringsavdeling skal inneholde.
- Organisere rehabiliteringsavdelingene som egne enheter, hvor alle de ulike profesjonene for å ivareta den helhetlige tilnærmingen, er ansatt. På den måten jobber de ut ifra samme ledelse og med de samme føringene.
- Utarbeide felles prosedyrer.

7.0 Avslutning

Jeg ønsker å begynne avslutningen min der jeg startet innledningen, ved å si: «Norge trenger en rehabiliteringsreform».

På bakgrunn av erfaringer jeg har gjort, og i intervjuene jeg har gjennomført, hadde det vært spesielt interessant og intervjuet et reelt tverrfaglig team for å høre hvordan de ulike deltagerne i det tverrfaglige teamet opplever samarbeidet, samt å høre dynamikken i dialogen. Hva de opplever som hemmere og fremmere i pasientens progresjon med utgangspunkt i hvordan samarbeidet fungerer og om det er rom for ulike synspunkter på hvordan de ulike deltagere reflekterer rundt temaet.

Jeg har den «uvanen» å samle studiepoeng, ved at jeg underveis i et emne kommer over ulike tematikk som grenser inn over andre tema, som jeg tenker at «dette kan jeg altfor lite om».. hvorpå jeg bestemmer meg for å grave videre og å lære mer om. Dette prosjektet er intet unntak, men tiden vil vise om det blir jeg eller andre som griper fatt i en bredere og videre studie som skissert over. Det er derimot ingen tvil om at det er et behov for å forske videre på nevnte sti.

7.1 Svar på problemstillingen og implikasjoner for praksis

Problemstillingen på dette prosjektet var *Hvordan sikre og forbedre sykepleierens arbeid med psykisk helse for pasienter i en kommunal rehabiliteringsavdeling?*

Det er urealistisk å forvente at alle forbedringsforslagene som er foreslått, kan gjennomføres samtidig og umiddelbart. For å sikre sykepleier-arbeidet innenfor psykisk helse, vil det være fornuftig at hver enkelt leder av en rehabiliteringsavdeling samler sine sykepleiere for å kartlegge det arbeidet som allerede gjøres. I og med at kartlegging er den første av de fem fasene som er skissert i modell for kvalitetsforbedring (jfr. 4.3.1.) har man da et utgangspunkt å bygge videre på, i den prosessen. Kartleggingen vil vise hvor man erfarer at skoen trykker mest. Kvalitetsforbedringsarbeidet må deles opp ut ifra hvilke profesjoner og enheter som involveres i de ulike problemstillingene/forbedringsområdene som avdekkes.

Veileder for rehabilitering må benyttes som rettesnor i kvalitetsforbedringsprosessen som vil foregå på både individnivå og på enhetsnivå. For å eksemplifisere må man på individnivå lage en plan for kompetanseheving innenfor psykisk helse i avdelingen. Dette for å oppnå en

likeverdig vektning av den somatiske, psykiske og sosiale delen av rehabiliteringen. På enhetsnivå må man tilpasse og implementere metoder og prosedyrer, for å sørge for kartlegging og behandling av pasienten også med tanke på psykisk helse. I påvente av en eventuell omorganisering av rehabiliteringsavdelingen og profesjonene må lederne for de respektive enhetene enes om et felles fundament for tjenesten slik at det tverrfaglige teamet jobber mer enhetlig enn hva funnene viser at de gjør i dag. Dette for å anerkjenne sykepleierne som en likeverdig part av det tverrfaglige samarbeidet. Med det vil profesjonene jobbe mer integrert sammenlignet med dagens parallelle løp som informantenes utsagn indikerer at de gjør.

Ved å gjennomføre de forbedringsforslagene som er skissert, vil rehabiliteringstjenestene bli mer helhetlige. Pasientene vil oppleve større samhandling og bedre kvalitet gjennom hele behandlingsforløpet. Man vil i større grad sikre en faglig forsvarlig behandling ved å vektlegge den helhetlige tilnærmingen, inkludert det psyko-sosiale aspektet. Ved å jobbe med forbedringsforslagene, sikrer man samme muligheter på tvers i helsesektoren, og at tiltak blir iverksatt etter behov.

Oppsummert etterlyses etterlevelse av veileder for rehabilitering med særlig fokus på lederskap. Med dette menes en faktisk helhetlig tilnærming. Det må tilrettelegges for en dele-kultur i det tverrfaglige teamet, gjennom en organisering som fysisk åpner for samarbeid på tvers. Det satses opparbeidelse av fag-kompetanse både hos den enkelte sykepleier, og i institusjonen i form av prosedyrer på tjenesteinnhold og arbeidsfordeling. Endringene er noe som vil kreve en sentral satsning og koordinering, og antagelig også øremerkede midler til kompetanseheving hos sykepleiere og standardiserte prosesser og rutiner på det kommunale nivået.

Ovenfor tatt i betraktning, mener jeg det begynner å bli på tide å foreta en revisjon av Helsedirektoratets veileder for rehabilitering. Det er også nødvendig å vedta en nasjonal plan som omdanner intensjonene om helhetlig tilnærming til handling. Vi må rett og slett sørge for at satsningen gis nødvendige midler for en praktisk gjennomføring. Bare på denne måten kan vi forsikre at de politiske målsetningene blir mer enn bare fine ord.

Litteratur

- Axelsson, S.B., Axelsson, R. (2009). Altruisme i tverrprofesjonelt samarbeid og ledelse. I: Willumsen, E. (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo; Universitetsforlaget AS
- Antonovsky, A (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Barth, T., Børtveit, T., Prescott, P. (2013). Motiverende intervju. Samtaler om endring. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bergsagel, I. (2021). Slik reduserte kommunen bruken av overliggerdøgn med over 90 prosent. *Tidsskriftet Sykepleien* [<https://sykepleien.no/2021/12/slik-reduuerte-kommunen-bruken-av-overliggerdogn-med-over-90-prosent>]
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28
- Brodal, P. (2013) *Sentralnervesystemet*. Oslo; Universitetsforlaget
- Brodtkorb, K. (2021). Samhandling for gode pasientforløp i korttidsavdeling på sykehjem. *Sykepleien Forskning* 2021, 16 (82208) (e-83308).
- Bukve, O., Kvåle, G (2014). Eit lokalt helse- og velferdssystem under press I: Bukve, O, Kvåle, G. (red.) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo; Universitetsforlaget
- Dahl, U. (2014). Et salutogent perspektiv, s. 115-133. I: Skærbæk, E., Nissen, M. (red.) *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS
- Dansie, E.J., Turk, D.C. (2013) Assessment of patients with chronic pain. *British Journal of Anaesthesia* ,111(1): 19-25.
- Feiring, M. (2012). Fra abnormskole til samfunnsorientert rehabilitering, s 36-56. I: Solvang, P.K., Slettebø, Å. (red.) *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hammel, K.W. (2015). Rethinking Rehabilitation`s Assumptions: Challenging «Thinking as Usual» and Envisioning a Relevant Future. In: McPherson, K., Gibson, B., & Lepege, A. (2015). *Rethinking Rehabilitation: Theory and Practice*. New York: CRC Press

Hansen, G.V. (2018) Psykisk helse er en utfordring i en samordnet rehabiliteringsprosess. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Volum 15. Nr 2-3, s 124-134. Universitetsforlaget

Haugstad, G.K., Kirste, U., Leganger, S, Haakonsen, E. & Haugstad, T.S. (2011). Somatocognitive therapy in the management of chronic gynaecological pain. A review of the hystorical background and results of a current approach. s. 124-129, In: *Scandinavian Journal of Pain* 2011;2:124-12

Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. april 2020, lest 09. april 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>

Helsedirektoratet (2020). Kommunale helse- og omsorgstjenester 2020. Oslo; Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014). Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. Oslo; Helsedirektoratet

Helsedirektoratet (2019). Utskrivningsklare pasienter [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 17. januar 2023, lest 27. februar 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>

Helsedirektoratet (2015). Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Oslo: Helsedirektoratet

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Oslo; Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator. Oslo; Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Hertz, S. (2010). There is a crack in everything, that's how the lights gets in, s.75-94. I: Brinkmann, S. (red.) *Det diagnostiserede liv*. Aarhus; KLIM
- Høgbakk, M.L., Jakobsen, R. (2019). Kompetanse, faglig selvtillit og pasientsikkerhet. Erfart kompetansebehov hos intensivsykepleiere ved en intensivavdeling nivå 1 på et lokalsykehus. *Nordisk sygeplejeforskning*. 9(4), 285-298.
- Huby, G.Ø., Langsholt, T.Ø. (2019). En fortelling om historiens muligheter: Om recovery og brukervedvirkning i rus- og psykiatrifeltet. I: Svalastog, A.L., Kristoffersen, N. J., Lile, H.S. (red.) *Psykososialt arbeid. Kunnskap, verdier og samfunn*. Oslo; Gyldendal Akademisk.
- Jensen, M.P., Karoly, P. (2011). Self-Report Scales and Procedures for Assessing Pain in Adults. In: Turk, D.C., Melzack, R. *Handbook of Pain Assessment. 3rd edition*. New York: Guilford Press.
- Kirkevold, M. (2010). The role of nursing in rehabilitation of stroke survivors, An extended theoretical account. *Advances in Nursing Science* 33 (1): 27-40.
- Kirkengen, A.L., Næss, A.B. (2015) Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo; Universitetsforlaget
- Kneafsey, R., Long, A., Ryan, J., (2003) An exploration of the contribution of the community nurse to rehabilitation. *Health and Social care in the community* 11 (4): 321-328.
- Konsmo, T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, Brudvik M, Vege A. (2015) *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Oslo; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Krohne, K., Bergland, A. (2012). Rehabilitering for en god alderdom. I: Solvang, P.K., Slettebø, Å. (red) *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York; Russell Sage Foundation.

Løvar, L.V. (2019). Arbeidskrav; HSPSA40212-1 19H *Mangfold i yrkesfaglig praksis*. Høgskolen i Østfold, Avdeling for helsefag.

Løvar, L.V. (2018). Individuell hjemme-eksamen HSPSA40117-1 18H *Innføring i kunnskapsgrunnlaget for psykososialt arbeid innen helse- og sosialsektoren*. Høgskolen i Østfold, avdeling for helsefag

Moltubak, J. (2020). *Gnistrende undervisning*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS.

Nissen, M., Skærbæk, E. (2014). Hva er psykososialt arbeid? S. 11-28. I: Skærbæk, E., Nissen, M. (red.) *Psykososialt arbeid. Fortellinger, medvirkning og fellesskap*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS

Rasmussen, B., Vabø, M. (2014) Inneklemte ledelse I: Vabø, M., Vabo, S.I. (red.) *Velferdens organisering*. Oslo; Universitetsforlaget AS

Ringstad, Ø. (2019). Pasientautonomi ved kronisk sykdom. I: Svalastog, A.L., Kristoffersen, N.J. & Lie, H.S. (red.) (2019). *Psykososialt arbeid. Kunnskap, verdier og samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademiske

Ringstad, Ø. (2016). Being an autonomous person with chronic disease. *Croat Med J.*, 57; 608-610

Romsland, G., Dahl, B., Slettebø, Å., (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS

Scobbie, L & Dixon, D (2014). Theory-based Approach to Goal-setting. I: R.J. Siegert & W.M.M. Levack (2014) (Red.) *Rehabilitation Goal setting, Theory, Practice and Evidence* London & New York: CRC Press.

Standal, Ø.F. (2012) Læring I rehabilitering. Eit sosiokulturelt perspektiv. I: Solvang, P.K., Slettebø, Å. (red) *Rehabilitering. Individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS

St. Meld. nr 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo; Helse- og Omsorgsdepartementet.

Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczeck, B., & Wiener, C. (1985). *Social Organization of Medical Work*. Chicago; The Inuversity of Chicago Press.

Stubhaug, A, Ljosa, T.M (2008). Hva er smerte? En oversikt over smertebegrepet, smertefysiologi og smertebehandling. I: Rustøen, T., Wahl, A.K. (red.) *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS

Sunnaas sykehus (2021) *Norge trenger en rehabiliteringsreform!*

[<https://www.sunnaas.no/Documents/Norge%20trenger%20en%20rehabiliteringsreform.pdf>]

Svalastog, A.L., Kristoffersen, N.J., Lile, H.S. (2019). Introduksjon til psykososialt arbeid. I: Svalastog, A.L., Kristoffersen, N.J., Lile, H.S. (red) *Psykososialt arbeid. Kunnskap, verdier og samfunn*. Oslo; Gyldendal Akademisk

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen; Fagbokforlaget.

Torjesen, D.O., Vabo, S.I. (2014) Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering. I: Vabø, M., Vabo, S.I. (red.) *Velferdens organisering*. Oslo; Universitetsforlaget AS

Torvik, K., Skauge, M., Rustøen, T. (2016). Smertekartlegging. Bruk av vurderingsverktøy og hjelpemidler. I: Rustøen, T., Wahl, A.K. (red.) *Ulike tekster om smerte. Fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS

Young, C, Manmathan, G. Ward, J.C.R. (2008). Perceptions of goal setting in a neurological rehabilitation unit: a qualitative study of patients, carers and staff. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(3), 190-4.

Quale, A.J., Schanke, A-K. (2010). Resilience in the Face of Coping With a Severe Physical Injury: A Study of Trajectories of Adjustment in a Rehabilitation Setting. *Rehabilitation Psychology*, 55(1), 12-22

Vabø, M. (2014). Bakkebyråkratiet – der emosjonelt arbeid blir politikk. I: Vabø, M., Vabo, S.I. (red). *Velferdens organisering*. Oslo; Universitetsforlaget AS

Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I: Vabø, M., Vabo, S.I. (red). *Velferdens organisering*. Oslo; Universitetsforlaget AS

Wagner, C.C., McMahon, B.T. (2004). Motivational interviewing and rehabilitation counseling practice. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 47 (3), 152-161.

Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren. I: Willumsen, E. (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo; Universitetsforlaget AS

Willumsen, E. (2009). Differensiering og integrering – dynamikken i tverrprofesjonelt samarbeid. I: Willumsen, E. (red.) *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo; Universitetsforlaget AS

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Sykepleierens arbeid med psykisk helse innen kommunal rehabilitering”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på kommunale døgninstitusjoner innen rehabilitering, og i hvilken grad sykepleiernes kompetanse innenfor psykososialt arbeid er ivaretatt. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette prosjektet er min masteroppgave i Master i psykososialt arbeid. Jeg har valgt psykisk helse som fordypningsemne til denne masteren. Oppgaven er knyttet opp mot hvordan psykisk helse ivaretas i somatisk rehabilitering.

Problemstillingen er:

Hvordan sikre og forbedre sykepleierens arbeid med psykisk helse ovenfor pasienter i en kommunal rehabiliteringsavdeling?

Forskningsspørsmålene er:

- 1. Hvilke ansvar og erfaringer har sykepleieren for oppfølging av psykisk helse i tverrfaglige team rundt pasienter i rehabilitering?*
- 2. Hvordan kan oppfølging av psykisk helse hos pasienter i rehabilitering forbedres, sett mot sykepleierens erfaringer?*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

Veilederen min ved høgskolen er Anna Lydia Svalastog, professor ved *Institutt for velferd, ledelse og organisasjon*.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg skal intervjuer sykepleiere som jobber ved kommunale rehabiliteringsavdelinger. Sykepleierne må ha minimum to års yrkeserfaring, hvor av minst ett er innen rehabilitering. Jeg har tatt kontakt med teamleder på den avdelingen du jobber ved som har satt meg i kontakt med deg. Målet mitt er å intervjuer mellom fire og åtte sykepleiere om temaet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et individuelt intervju. Det vil ta ca. 60 minutter. Intervjuet tas opp elektronisk. Spørsmålene er knyttet opp mot ivaretagelsen av psykisk helse innen somatisk rehabilitering og hvordan du som sykepleier vurderer den

kompetansen og de erfaringene du har, eventuelt ikke har.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Det er kun medstudenter i samme veiledningsgruppe og veileder ved behandlingsansvarlig institusjon som vil ha tilgang til innsamlede data.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data
- Datamaterialet lagres på forskningsserver, TSD.

Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes av andre og materialet skal ikke brukes i videre forskning.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven godkjennes. Planlagt tidspunkt for levering er våren-2023. Lydopptakene oppbevares kryptert på TSD som er en app fra Universitet i Oslo (UIO) via Høgskolen i Østfold.

Kontakt student Lise Vingsjø Løvar hvis du ønsker innsyn i dataene eller hvis du ønsker noe av dataene redigert eller slettet. Kontaktinfo; mail: lise.v.lovar @hiof.no eller på mobil 412 72 568

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

- *Anna Lydia Svalastog* ved Høgskolen i Østfold. Hennes mailadresse er anna.l.svalastogiof.no
- Vårt personvernombud: Rådgiver Line Mostad Samuelsen, tlf 69 60 82 34, e.mail: line.m.samuelsen@hiof.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Anna Lydia Svalastog

Lise V Løvar

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Sykepleierens arbeid med psykisk helse innen kommunal rehabilitering», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et individuelt intervju med varighet på ca 60 min.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervju-guide

Bakgrunnspørsmål:

1. Når var du ferdig utdannet sykepleier?
2. Har du videreutdanning? I så fall; hvilke(n)?
3. Hvor mange år har du jobbet med rehabilitering? Helt eller delvis?
4. Har du jobbet i andre deler av helsevesenet før du begynte på nåværende arbeidsplass?

Intervjuspørsmål:

5. Hvordan jobber du og dere med psykisk helse i møte med pasientene?
 - a. Hva legger du i begrepet «psykisk helse»?
 - b. Hvordan kartlegger dere psykisk helse hos deres inneliggende pasienter?
 - c. Hvor stor andel av pasientene har behov for oppfølging av psykisk helse?
6. Hvilke psykiske helseutfordringer møter dere?
 - a. Er det noen særlige problemstillinger som er viktige i ditt arbeid?
 - b. Hvordan møter dere disse problemstillingene?
 - c. Er det slik at oppfølging av psykisk helse også er lagt inn i pasientens timeplan/behandlingsplan
7. Hva opplever du som utfordrende ift. å ivareta pasientens psykiske helse?
8. Hvilken plass opplever du at sykepleierens rolle har i det tverrfaglige samarbeidet?
9. Arbeider sykepleierne i det tverrfaglige team enhetlig/lik? Er det rom for variasjon?
Hva er dine tanker om det?
10. Er du kjent med veilederen for rehabilitering?
Oppfølgingsspørsmål: Hva er dine tanker om kompetansekravene i veilederen?
11. Har dere mye utskifting av ansatte på avdelingen?
 - a. Hvis ja; Hva oppgir de ansatte som årsak til at de bytter jobb?
12. Er det kompetanse du savner i det tverrfaglige teamet?
 - a. Hvilken kompetanse har deltagerne i det tverrfaglige teamet på deres avdeling?