Høgskolen i Østfold

INNLEVERING AV HJEMMEEKSAMEN/OPPGAVE

Emnekode:	Emnetittel:
HOVMFEL40721	Masteroppgave i klinisk sykepleie
Innleveringsdato: 09.06.23	
Kull/Klasse: Masterstudie i Avansere Klinisk Allmennsykepleie 2021-2023	
Kandidatnummer: 501	
Evt. tittel på oppgaven: Behandling og ivaretakelse av pasienten med latent tuberkulose - tuberkulosekoordinatorers erfaringer. **Antall ord:** **Besvarelsen er på 13600 ord.**	

Høgskolen i Østfold

Forord

Jeg vil takke min arbeidsgiver for at jeg fikk mulighet til å gjøre denne faglige reisen.
Jeg vil også rette en stor takk for all støtte, oppmuntring jeg har fått fra min familie og mine venner. Det hadde vært vanskelig å stå løpet ut uten dere.
Til slutt vil jeg takke min veileder fra Høgskolen som på en stødig og tålmodig måte har veiledet meg i denne prosessen.

Sammendrag

Problemstilling: Hensikten med denne studien har vært å undersøker hvilke erfaringer tuberkulosekoordinatorer har med behandlingen og ivaretakelsen av pasienter med latent tuberkulose. Behandlingen er frivillig, langvarig og forbundet med potensielt store bivirkninger. Dette krever samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, pasienten og kommunehelsetjenesten. I Norge har helseforetakenes tuberkulosekoordinatorer en viktig rolle i dette arbeidet. En studie basert på tuberkulosekoordinatorers erfaringer kan danne et grunnlag for økt kunnskap hos sykepleiere (og annet helsepersonell) som deltar i dette pasientrettede arbeidet.

Metode: Dette er en kvalitativ studie. Det ble gjort semistrukturerte individuelle kvalitative intervju av 6 tuberkulosekoordinatorer. Intervjuene ble analysert ved hjelp av tematisk analyse.

Resultater: Tuberkulosekoordinatoren var en viktig koordinerende ressurs i behandlingen og ivaretakelsen av pasienten med latent tuberkulose. Hen var avhengig av god samhandling med de andre partene, inkludert pasienten, som var involvert i behandlingen. For å oppnå dette var kunnskap om latent tuberkulose hos helsepersonellet og pasienten viktig. Grunnlaget for at pasienten gjennomførte behandlingen var dennes informerte valg og medbestemmelse.

Konklusjon: Studien tyder på at: Det kan være lite kunnskap om (tuberkulose og) latent tuberkulose i blant helsepersonell i Norge. Behandlingen og ivaretakelsen av pasienten måtte tilpasses den enkelte pasient. Kunnskap og godt samarbeid mellom behandlingsdeltakende aktører, og mellom aktører og pasienten var viktige faktorer for behandlingsfullførelse. Tuberkulosekoordinatorens involvering var avgjørende for at pasienten gjennomførte behandlingen. Den avanserte kliniske allmennsykepleieren kan være en ressurs i behandlingen og ivaretakelsen av disse pasientene i kommunen.

Nøkkelord: Latent tuberkulose, tuberkulosekoordinator, Individuell tilpasning, erfaringer, kunnskap, informasjon, samarbeid.

Abstract

Thesis question: The purpose of this study has been to investigate how the tuberculosis coordinators experience the treatment and care of patients with latent tuberculosis infection. Treatment is voluntary, long term, and associated with potentially serious side effects. This requires cooperation between the specialist health care service, the patient, and the municipal public health service. In Norway, the tuberculosis coordinator plays a key role in the follow-up of these patients. A study looking at the experiences of the tuberculosis coordinators may provide more knowledge and a better foundation for nurses and other health care personnel working with this patient population.

Method: This is a qualitative study. Semi structured individual qualitative interviews with six tuberculosis coordinators were performed. The interviews were conducted using thematic analysis.

Results: The tuberculosis coordinators were an important resource in the treatment and care of patients with latent tuberculosis infection. They were dependent on good cooperation between all parties involved in patient treatment, including the patients themselves. Knowledge about latent tuberculosis information among both health care personnel and patients was vital to achieve this. Successful patient treatment was based on participation in decision making, and informed consent.

Conclusion: The study indicates that there may be insufficient knowledge about (latent) tuberculosis infection among health care personnel in Norway. Treatment and care of patients with latent tuberculosis must be adapted to suit the individual patient. Adequate knowledge, and cooperation between carers on all levels and between carers and patients, are important determinants of treatment success. The involvement of tuberculosis coordinators was paramount in achieving treatment success. Advanced nurse practitioners can be a resource in the treatment and care of these patients in the municipality.

Keywords: Latent tuberculosis infection, tuberculosis coordinator, individual adaptation, experience, knowledge, information, cooperation.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon 1

1.1 Bakgrunn 1

1.1.1 Behandling av latent tuberkulose i Norge 1

1.1.2 Tuberkulosekoordinatoren 3

1.2 Forskningslitteratur 4

2.0 Hensikt 9

2.1 Relevans for den avanserte kliniske allmennsykepleieren i Kommunen 9

3.0 Metode 11

3.1 Kvalitativ metode 11

3.2 Utvalg 11

3.3 Pilotintervju 12

3.4 Datainnsamling 13

3.5 Dataanalyse 15

3.6 Refleksivitet 18

4.0 Forskningsetiske overveielser 20

5.0 Funn 21

5.1 Tuberkulosekoordinatoren – en krevende rolle 21

5.1.1 Et bindeledd 21

5.1.2 En ukjent fagperson 22

5.1.3 Utfordringer i arbeidet 23

5.1.4 Samarbeid med annet helsepersonell 25

5.2 Den individuelle tilpasningen 27

5.2.1 Å *se* pasienten 27

5.2.2 Tilpasset informasjon 28

5.2.3 Tilpasset oppfølging 31

6.0 Diskusjon 33

6.1 Diskusjon av funn 33

6.1.1 Et bindeledd 33

6.1.2 En ukjent fagperson 34

6.1.3 Utfordringer i arbeidet 35
6.1.4 Samarbeid med annet helsepersonell 38
6.1.5 Individuell tilpasning 38
6.2 Metodediskusjon 42
7.0 Konklusjon 45

Referanser 46
Vedlegg 1 Godkjennelse fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) 50
Vedlegg 2 Invitasjon og samtykkeerklæring 51
Vedlegg 3 Intervjuguide 54

1.0 Introduksjon

I denne studien ønsket jeg å undersøke hvilke erfaringer tuberkulosekoordinatorer har med behandlingen og ivaretakelsen av pasienter med latent tuberkulose. Latent tuberkulose er en infeksjonstilstand som kan utvikle seg til (smittsom) tuberkulose. I følge Folkehelseinstituttet (2022) har en fjerdedel av verdens befolkning latent tuberkulose, det vil si at de er smittet men ikke viser kliniske tegn til sykdommen. Tuberkulose er en stor trussel mot den globale folkehelsen og gir markant reduksjon i antall leveår på verdensbasis (Wold Health Organization, 2022).

Pr. i dag er forekomsten av tuberkulose i Norge lav, totalt ca. 300 pasienter pr. år (Folkehelseinstituttet, 2022). Forekomsten av tuberkulose i Norge er i hovedsak relatert til migrasjon fra land med høyere forekomst (Arnesen et al., 2021). Selv om tallene for tuberkulose i Norge er lave så har bruken av forebyggende behandling økt fra rundt 2003. I perioden 2010-2016 fikk opp mot 800 pasienter i året forebyggende behandling. I 2021 var 18,5% av de 480 pasientene som mottok forebyggende behandling norskfødte (Arnesen et. al., 2022)

Jeg er sykepleier og har i flere år hatt tuberkulosescreening og oppfølging som en del av mine kliniske arbeidsoppgaver. Jeg har erfart at det er store forskjeller i kunnskap både når det gjelder latent tuberkulose og tuberkulose blant sykepleiere (og annet helsepersonell) og at det til tross for store globale tall virker som tuberkulose er en «glemt» sykdom. En studie basert på tuberkulosekoordinatorers erfaringer kan danne et grunnlag for økt kunnskap hos sykepleiere (og annet helsepersonell) om behandling av latent tuberkulose.

Den avanserte kliniske allmennsykepleieren kan være en av ressursene som bidrar til at den nye kunnskapen når ut til kommunens sykepleiere og som kan støtte de i oppfølging og behandling av pasientene med latent tuberkulose (Jakobsen R. et. al., 2022).

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Behandling av latent tuberkulose i Norge

Tuberkulose forårsakes av bakterien Mycobacterium tuberculosis-komplekset (M. Tuberculosis, M. Bovis, M. Africanum og M. Microti). Bakteriene overføres som luftbåren smitte fra en person med smittsom lungetuberkulose til dennes nærkontakter

(Folkehelseinstituttet, 2022). I Norge er retningslinjer for håndtering av tuberkulose tydelige og godt beskrevet i lovverk (Smittevernloven, 1994, Forskrift om tuberkulosekontroll, 2009). Det er en meldepliktig sykdom (Meldingssystem for smittsomme sykdommer MSIS, 2022).

Folkehelseinstituttet (2022) sier at diagnostikk og behandling av latent tuberkulose er en viktig komponent for ytterligere reduksjon av tuberkulose i land med lav forekomst av sykdommen og at dersom det er indikasjon for forebyggende behandling bør behandlingen utsettes minst mulig. Tuberkulose krever langvarig behandling med antibiotika i tablettform (Norsk legemiddelhåndbok, 2023).

Tabell. 1 Anbefalte behandlingsregimer for forebyggende behandling i Norge (Folkehelseinstituttet, 2022, s. 5/16)

Medikament	Varighet av behandling	Intervall	DOT
Isoniazid med rifampicin	3 mnd.	Daglig	Ikke rutinemessig
Isoniazid med rifapentine	3 mnd.	Ukentlig	I regelen
Isoniazid	6 mnd.	Daglig	Ikke rutinemessig
Rifampicin	4 mnd.	Daglig	Ikke rutinemessig

> Forebyggende behandling er anbefalt for IGRA-positive personer som er yngre enn 15 år *eller* er nyankomne (siste 2 år) fra land med særlig høy forekomst *eller* har forandringer på lungerøntgen *eller* er nysmittet *eller* har annen imunsvekkende sykdom *eller* får immunsvekkende behandling (Folkehelseinstituttet, 2022, s. 1/16).

Det er forbundet høy risiko for alvorlige bivirkninger med behandlingen av både tuberkulose og latent tuberkulose (Felleskatalogen, 2023; Folkehelseinstituttet, 2022). Forebyggende behandling av latent tuberkulose er frivillig og behandlingen foregår hovedsakelig i kommunen. Det stilles derfor store krav til samarbeid mellom pasient og helsetjenesten under behandlingen. Feil eller ufullstendig behandling verre enn ingen behandling da det kan føre til resistensutvikling med store konsekvenser for pasient og omgivelser (Folkehelseinstituttet, 2022).

1.1.2 Tuberkulosekoordinatoren

I Norge har tuberkulosekoordinatorene i helseforetakene hatt en nøkkelrolle i koordineringen av tuberkulosebehandlingen (både tuberkulose og latent tuberkulose) siden 2003. Tuberkulosekoordinatorene er som oftest videreutdannede sykepleiere Schein et. al., 2018). I følge Forskrift om tuberkulosekontroll (2009, § 4.4) skal tuberkulosekoordinatoren:

- Bidra til at tuberkulosekontrollen fungerer i alle ledd, herunder at meldinger sendes som pålagt.
- Etablere behandlingsplan for pasienten i samarbeid med behandlende spesialist, pasienten og kommunelegen.
- Koordinere individuell oppfølging og behandling i samarbeid med behandlende spesialist og kommunehelsetjenesten.
- Overvåke forekomsten av tuberkulose i helseregionen og delta i opplæring av personell.

Tuberkulosekoordinatorens arbeids- og ansvarsområde er beskrevet i Forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS- forskriften, 2003) og i Forskrift om tuberkulosekontroll (2009). Tuberkulosekoordinatorene samhandler med både pasient, primær- og spesialisthelsetjenesten, og andre relevante instanser for å sikre tett oppfølging av pasientene gjennom hele behandlingsperioden. Tuberkulosekoordinatorene sitt ansvars og arbeidsområde innebærer både system- og pasientrettet ansvar.
En studie viste at i Europeiske land med lav forekomst av tuberkulose ga omtrent halvparten av landene en eller annen form for pasientbistand til pasienter med latent tuberkulose, mindre enn halvparten av disse hadde nasjonale retningslinjer (Jansen-Aaldring et. al., 2018). Selv om andre land ikke nødvendigvis hadde den spesifikke yrkestittelen tuberkulosekoordinator, viser tidligere forskning at en del av tuberkulosekoordinatorenes arbeidsoppgaver slik vi kjenner de i Norge, ofte ivaretas av sykepleiere og helsesykepleiere (Jansen-Aaldring et. al., 2018; Searle et. al., 2007; Craig et. al., 2007). Jansen-Aaldring et. al., (2018) sier at potensiell «best practise» inkluderer å ha en tuberkulosekoordinator som ansvarlig for organiseringen av støtten til pasienten som behandles.

1.3 Forskningslitteratur

Ved søk etter forskningsartikler som omhandlet behandling av latent tuberkulose og tuberkulosekoordinator i Norge fant jeg at det siden 2017 er publisert få artikler.

Inklusjonskriterier i søket var:

- Forskningsartikler publisert mellom 2017 og 2022.
- Publisert på norsk og/ eller engelsk i fagfellevurdert tidsskrift.
- Omhandle latent tuberkulose i Norge.

Søket ble utført i databasene:

- Chinal
- National Library of medicine (PubMed)
- Cochrane Library
- Sykepleien Forskning

Ved artikkelsøk i september 2022 fant jeg 22 artikler (Tabell 1).

Tabell 2: Oversikt over strukturert artikkelsøk 1

Database	Søkeord/ kombinasjoner	Antall treff
Chinal	Latent tuberculosis (and) Norway	5
National Library of Medicine (PubMed)	Latent tuberculosis (and) Norway	16
Cochrane Library	Latent tuberkulose (and) Norway	1
Sykepleien.no Fag og forskning	Latent tuberkulose	0

I november 2022 ble det gjort et nytt artikkelsøk. I håp om å få et større antall relevante artikler fjernet jeg søkeordet «Norway». Med søkeord «Latent tuberculosis» og «Primary care», med avgrensningene «fagfellevurdert tidsskrift», «engelsk» og «tidsperioden 2017-2022» fant jeg 69 artikler. Søk på «Latent tuberculosis» og «Primary care» og «knowledge» med de samme avgrensningene ga 12 artikler. Søk i National Library of Medicine (PubMed) med søkeordene Latent tuberculosis (and) primary care (and) knowledge ga 11 artikler. (Tabell 3).

Tabell 3. Oversikt over strukturert artikkelsøk 2

Database	Søkeord/ kombinasjoner	Antall treff
Oria	Latent tuberculosis (and) primary care	69
Oria	Latent tuberculosis (and) primary care (and) knowledge	12
National Library of Medicine (PubMed)	Latent tuberculosis (and) primary care (and) knowledge	11

Biblioteket ved Høgskolen i Østfold bistod med å dobbeltsjekke at jeg hadde funnet alt innenfor avgrensningene som var valgt, og kom med innspill til flere søkeord.
Det er ikke korrigert for funn av duplikatartikler.
Mange av artiklene ble forkastet etter gjennomlesning av abstract siden de ikke var relevante for denne studiens problemstilling. Resterende artikler ble lest i fulltekst og totalt 7 artikler ble funnet relevante og inkludert i denne studien. Det er og inkludert eldre forskningsartikler jeg fant relevante for mitt forskningsspørsmål, disse artiklene fant jeg i referanselister fra artikler funnet i de strukturerte søkene. Relevante forskningsartikler ble og funnet ved åpne søk i Google Scholar.

Szkwarko et. al. (2022) sin kvalitative studie fra Rhode Island (USA) omhandler intervju med 22 primary care providers og 3 sykepleiere. Studien viste at få av deltakerne følte seg komfortable med å håndtere behandling av latent tuberkulose og at deres selvtillit avtok for hvert trinn i behandlings-kjeden. Dette kan være overførbart til norske forhold da det støttes av Aadnanes et. al. (2018) sin kvantitative studie som sier at det er nødvendig å øke kunnskapsnivået for å gi god helsehjelp til disse pasientene.
Flere av forskningsartiklene som er benyttet i denne studien viser at helsepersonell i primærhelsetjenesten ofte trengte mer kunnskap for å ivareta pasienten som ble behandlet for latent tuberkulose. Dette viser studier både fra Norge (Aadnanes et. al., 2018), Australia (Kunin et. al., 2022), og USA (Szkwarko et. al., 2022). I studien fra USA var helsepersonell positive til å delta i opplæring om latent tuberkulose (Szkwarko et. al. 2022).
Det å ha en fagperson som tuberkulosekoordinatoren eller en «link worker» virker positivt inn på kvaliteten av behandlingen og ivaretakelsen av pasienten. En koordinerende funksjon bidrar til fullførelse av den forebyggende behandlingen (Craig et. al., 2008; Jansen-Aaldring et. al., 2018; Schein et. al., 2018).

Tabell 4. Oversikt over forskningsartikler benyttet i denne studien.

Artikkel	Hensikt	Metode	Resultat
A cross-sectional survey of the knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis among general practitioners working in municipalities with and without asylum centres in eastern Norway (Aadnanes et. al., 2018)	Å undersøke kunnskap, holdninger og praksis om tuberkulose blant norske allmennpraktiserende leger	Tverrsnitts-undersøkelse Kvantitativ metode.	Allmennpraktiserende leger trenger mere kunnskap om de skal være mere involvert i tuberkuloserettet arbeid i fremtiden.
Establishing a new service role in tuberculosis care: the tuberculosis link worker. Journal of Advanced Nursing (Craig et. al., 2008).	Å undersøke en modell for helsehjelp, samarbeid og omsorg for pasienter med tuberkulose	Mixed methods.	«Link workers» kan redusere noen av risikofaktorene som kan komplisere behandlingen av tuberkulose
Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries (Craig et. al., 2017).	Å kartlegge forskning på stigma relatert til tuberkulose	Litteratur-studie.	Flesteparten av studiene hadde en kvalitativ tilnærming og viste kunnskap om-, holdninger til-, og forestillinger om tuberkulose. Noen studier omtalte stigma som et eget tema. En studie hadde som mål å redusere stigma.
Patient support during treatment for active tuberculosis and for latent tuberculosis infection: Policies and practices in European low-incidence countries (Jansen-Aaldring et. al., 2018).	Å gi en oversikt over retningslinjer og praksis for pasientstøtte under behandling for aktiv- og latent tuberkulose i Europeiske land med lav forekomst og identifisere potensiell best practices	Deskriptiv studie. Kvantitativ metode	Potensiell best practices inkluderte å ha en tuberkulosekoordinator som ansvarlig for organiseringen av støtten til pasienten.

Improving screening and management of latent tuberculosis infection: development and evaluation of latent tuberculosis infection primary care model (Kunin et. al., 2022).	Å undersøke og evaluere en modell for behandling av latent tuberkulose i primærhelsetjenesten	Mixed methods Kvalitative og kvantitative data ble samlet og organisert separat.	Tilpassing av primærhelsetjenesten for håndtering av latent tuberkulose vil kreve støtte til å ansette dedikert klinisk personell for pasientopplæring, pasientoppfølging og kontroll av legemiddeladministrasjon.
Treatment completion for latent tuberculosis infection in Norway: a prospective cohort study (Schein et. al., 2018).	Å undersøke behandlingsfullførelse og faktorer for manglende behandlingsfullførelse av latent tuberkulose i Norge i 2016	Kvantitativ metode.	Veldig høy behandlingsfullførelse, spesielt blant pasienter fra land med høy tuberkuloseforekomst. Oppfølgingen fra tuberkulosekoordinatorer og hyppig bruk av observert legemiddelbehandling (DOT) er mulige bidragsytere til dette.
Alliance and compliance in tuberculosis treatment of older Pakeha people in Auckland, New Zealand. (Searle et. al., (2007).	Å dokumentere og analysere behandlingen av tuberkulose i en populasjon hvor majoriteten av pasientene er eldre og har andre helsemessige og sosiale utfordringer	Semistrukturerte intervju Kvalitativ metode.	En behandlingsmodell som inkluderer allianser mellom pasienten og helsepersonellet som del av behandlingen er en tydelig bidragsyter til behandlingsfullførelse i denne pasientgruppen.
The Strategies of Japanese Public Health Nurses in Medication Support for High-Risk Tuberculosis Patients. (Shimamura et. al., 2013).	Å beskrive støtten Japanske helsesykepleiere ga til høy-risiko tuberkulosepasienter, med fokus på forebygging av behandlingsavbrudd.	Intervju. Kvalitativ metode.	Deltakerne beskrev kreative og ekstraordinære strategier for legemiddel-behandlingen og for tilretteleggelsen av en sund livsstil for pasienten etter behandlingen.

Primary care providers' and nurses' knowledge, attitudes, and skills regarding latent TB infection testing and treatment: A qualitative study from Rhode Island. (Szkwarko et. al., 2022).	Å vurdere kunnskapen, holdningene og ferdighetene til helsepersonell i primærhelsetjenesten som deltar i behandlingen av pasienter med latent tuberkulose. Og for å identifisere hvilke barrierer som påvirker helsehjelpen.	Intervju Kvalitativ metode.	Få av deltakerne var komfortable med behandlingen av latent tuberkulose. Flesteparten av deltakerne var positive til opplæring. Deltakerne mente det var en sammenheng mellom deres mangelfulle kunnskap om latent tuberkulose og deres høye henvisningstall til spesialister.

2.0 Hensikt

Hensikten med denne studien var å undersøke tuberkulosekoordinatorers erfaringer med behandlingen av latent tuberkulose.

Jeg ønsket at studien kan føre til økt kunnskap hos sykepleiere (og annet helsepersonell) om behandling av latent tuberkulose. En studie av erfaringer kan kaste nytt lys over fagfeltet, danne grunnlag for refleksjon og endring av praksis. Økt kunnskap kan føre til bedre sykepleie som igjen kan komme pasienten til gode.

2.1 Relevans for den avanserte kliniske allmennsykepleieren i kommunen

Denne studien kan vise områder hvor den avanserte kliniske allmennsykepleieren i kommunen kan bruke sin kompetanse.

Det er fire kompetanseområder som beskrives i Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (2020):

- Klinisk vurderings, beslutnings- og handlingskompetanse.
- Helsekompetanse, pasientopplæring og veiledning.
- Faglig ledelse og koordinering.
- Kunnskapsbasert fagutvikling- tjenesteforbedring og tjenesteinnovasjon.

Kompetanseområdene kan sees direkte overført til utøvelse av sykepleie til pasienten med (tuberkulose og) latent tuberkulose i kommunehelsetjenesten. Den avanserte kliniske allmennsykepleieren kan delta både i den direkte sykepleien til den enkelte pasient, være en støtte og ressurs for sykepleiere og annet helsepersonell i kommunen, delta i overordnet kvalitetsforbedrende, kvalitetssikrende, koordinerende og ledende arbeid i forhold til pasienter i sin kommune (Jakobsen et. al., 2022).

Om den avanserte kliniske sykepleieren skal kunne være en ressurs for sine kollegaer må hun holde seg faglig oppdatert på lik linje som andre ressurssykepleiere (Johansen & Helgesen, 2021). Utdanningen til avansert klinisk allmennsykepleier gir hen verktøy hen kan benytte til dette (Forskrift om nasjonale retningslinjer for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020). Den avanserte kliniske allmennsykepleieren kan også bidra til å etablere avklarte ansvarsområder, internt i egen tjeneste og i forhold til hva som er kommunehelsetjenestens ansvarsområde og hva som er tuberkulosekoordinatorens

ansvarsområde, og gjøre dette kjent for sine medarbeidere. Dette kan bidra til mindre usikkerhet i tjenesteytelsen og sikre kontinuitet i behandlingsforløpet. I følge Jakobsen et. al., 2022, s. 335) «kan uavklarte ansvarsforhold skape uryddige kommunikasjonslinjer som igjen kan true pasientsikkerheten». Den avanserte kliniske allmennsykepleieren kan også være et relevant kontaktpunkt i kommunen for
tuberkulosekoordinatoren, og kan bistå med koordineringen av kommunens bidrag av behandlingstilbudet til pasienten.
Det etablerte internasjonale begrepet link nurse kan være overførbart til rollen den avanserte kliniske allmennsykepleieren kan ha for arbeidet med behandling av pasienten med latent tuberkulose i kommunen. Rollen til en link nurse er å bygge bro mellom spesialistene og den generelle sykepleieren, og fremme evidensbasert praksis og på denne måten være en ressurs (Johansen & Helgesen, 2021).

Den avanserte kliniske allmennsykepleieren kan på denne måten bidra til et faglig godt, forsvarlig og individtilpasset sykepleie-tilbud på et høyt faglig nivå og være en kompetent samarbeidspartner for tuberkulosekoordinatoren.

3.0 Metode

Dette kapittelet viser studiens metodiske tilnærming. Valg av design og metode, studiens utvalg, hvordan datasamlingen ble gjort og hvordan dataanalysen ble gjennomført. Prosessen er dokumentert på en etterprøvbar måte.

3.1 Kvalitativ metode

Jeg valgte kvalitativ metode for denne studien siden det var erfaringer jeg ønsket å undersøke. Brown & Clarke (2013, s. 20) sier at "qualitative research is about capturing some aspect of the social or psychological world. It records the messiness of real life, puts an organizing framework around it and interprets it in some way". Polit & Beck (2020, s. 800) definerer kvalitativ forskning som "the investigation of phenomena, typically in an in-depth fashion, through the collection of rich narrative materials using a flexible research design". Dette stemmer godt over ens med det jeg ønsket å oppnå.
Søk i tilgjengelige databaser (som vist i kap. 1.3) ga få funn av forskningslitteratur som omhandler tuberkulosekoordinatorer og deres erfaring med behandling av latent tuberkulose. Jeg har derfor hatt lite forskning å støtte meg på når denne studien skulle planlegges. Den kvalitative metoden er i følge Jacobsen D. (2022) godt egnet til å få svar på forskningsspørsmål når det foreligger lite forskningsbasert datamateriale om temaet som skal undersøkes.

3.2 Utvalg

Jeg skaffet meg først oversikt over populasjonen som skulle undersøkes. Populasjonen var tuberkulosekoordinatorene ansatt i norske helseforetak. Dette var 30 personer på det tidspunktet utvalget ble gjort. Oversikt over tuberkulosekoordinatorene og deres kontaktinformasjon fant jeg i Folkehelseinstituttets (2022) sin Tuberkuloseveileder.
Utvalget av potensielle deltakere ble gjort i januar 2023 i samarbeid med veileder. Tuberkulosekoordinatorene på Folkehelseinstituttets liste ble gitt hvert sitt nummer. Nummereringen hadde også funksjon ved å anonymisere deltakeren i det videre arbeidet med datamaterialet. Det ble gjort en trekning hvor de 6 første trukne numrene skulle inngå i studiens utvalg og de fire neste numrene skulle være reserve.

Hensikten med trekningen var at alle tuberkulosekoordinatorene skulle ha lik mulighet til å bli en del av studiens utvalg.
Invitasjon med informasjonsskriv (Vedlegg 2) og samtykkeerklærings-skjema (Vedlegg 2) ble sendt på mail i januar 2023 til de som inngikk i utvalget. Påminnelse om invitasjonen ble sendt ca. en uke etterpå til de som ikke hadde svart. De som ikke svarte etter dette ble ikke ytterligere kontaktet. Etter dette ble det sendt ut tilsvarende invitasjoner fortløpende til reserve. 6 tuberkulosekoordinatorer ønsket å delta i studien og ga skriftlige samtykke. En trakk seg fra studien før intervjuet. Det ble da besluttet at pilotintervjuet kunne benyttes om deltakeren samtykket til dette, noe denne gjorde. Avtale for tidspunkt og metode for gjennomføring av intervju ble gjort pr. telefon og/ eller mail.

Tabell 5. Oversikt over studiens deltakere

Deltakere i studien	Antall
Pilot	1
Deltakere	4
Reserve-deltakere	1

Alle studiens deltakerne var sykepleiere. Deltakerne representerte helseforetak med norske storbyer og helseforetak preget av mere rurale geografiske områder.

3.3 Pilotintervju

Intensjonen med pilotintervjuet var å teste intervjuguidens gjennomførbarhet, aksepterbarhet for deltakere og om den hadde potensiale til å gi et rikholdig og variert datamateriale (Polit & Beck, 2020). Jeg ønsket også å få erfaringer med teknisk utstyr, få tilbakemelding på intervjuguiden og på hvordan jeg fungerte i settingen.
Pilotintervjuets deltaker ble forespurt om å stille til intervju og var ikke en del av utvalg eller reserve. Hun fikk i forespørsel om å gi konstruktiv tilbakemelding på tilsendt invitasjon, informasjon, intervjuguiden og måten intervjuet ble gjort på. Dette intervjuet ble gjort ansikt-til-ansikt. Datamaterialet fra dette intervjuet ble oppfattet som rikt, deltakeren virket åpen i sin måte å dele erfaringer på. Tilbakemeldingen medførte svært små endringer, kun teknisk omstrukturering av hjelpespørsmålene. Pilotintervjuet ble gjennomført i desember 2022. Hun og jeg hadde fra tidligere en relasjon gjennom fagmiljøet, noe som kan ha påvirket

intervjuet. I følge Polit & Beck (2020) interagerer deltakeren og intervjueren som mennesker, denne interaksjonen kan påvirke responsen i intervjuet.

3.4 Datainnsamling

Jeg valgte å gjøre semistrukturerte kvalitative intervju (Kvale et. al., 2015) av deltakerne for å kunne undersøke deres erfaringer. I følge Braun & Clarke (2013) er det semistrukturerte intervjuet den dominerende formen for kvalitativt intervju. Forskeren har her forberedt en intervju-guide før selve intervjuet, men følger den ikke slavisk verken når det gjelder den nøyaktige formuleringen av spørsmål eller i hvilken rekkefølge spørsmålene stilles.
Intervju er en fremgangsmåte for å undersøke erfaringer når utvalget har en størrelse som er stort nok til å finne mønstre på tvers av det innsamlede data, og lite nok til at fokuset kan beholdes på erfaringene til den enkelte deltaker sier Braun & Clarke (2013). Dette stemmer overens med hensikten med denne studien og støtter opp om mitt valg av metode.
Polit & Beck (2021) sier noe om hvordan interaksjonen i et intervju bør foregå. Jeg etterstrebet å inneha en lyttende rolle og forsøkte bevisst å unngå tilbakemeldinger som inviterte til debatt, argumentasjon eller henvisning til egenopplevde erfaringer i intervjusituasjonen slik at deltakeren kunne fortelle om sine erfaringer. Det var også mitt ansvar at deltakerne var så komfortable som mulig med intervjusituasjonen (Polit & Beck, 2020).

Intervjuguiden for denne studien (Vedlegg 3) ble utviklet på grunnlag av problemstillingen: *Hvilke erfaringer har tuberkulosekoordinatorer med behandlingen av pasienten med latent tuberkulose?*
Spørsmål ble utviklet på bakgrunn av hva jeg trodde det kunne være relevant å spørre om ut i fra min egen erfaring fra feltet og ut i fra tilgjengelig litteratur. Jeg ønsket et rikt datamateriale fra intervjuene. Det var derfor viktig for meg å formulere åpne spørsmål slik at de kunne gi utfyllende svar (Polit & Beck, 2020). Semistruktureringen fungerte for meg som en huskeliste i intervjuguiden (vedlegg 3) hvor jeg huket av etter hvert som deltakerne snakket om temaene som sto på listen. Jeg stilte eventuelt spørsmål om ting som deltakeren ikke hadde snakket om men som sto i guiden (Polit & Beck, 2020).

I invitasjonen ble deltakerne forberedt på intervjuets tema og hensikten med intervjuet. Ut fra problemstillingen kunne deltakerne fortelle det de selv ønsket. Jeg fulgte ved behov opp med intervjuguidens hjelpespørsmål eller ba de utdype det de fortalte om. Mye av det deltakerne fortalte kom dermed «hulter til bulter». Siden det finnes få forhåndsstrukturerte eller standardiserte prosedyrer for hvordan disse intervjuene skal utføres, må mange metodologiske beslutninger fattes på stedet, mens intervjuet pågår (Kvale et al, 2015). Jeg måtte derfor ta mye av det som kom i intervjuene «på sparket» og improvisere innenfor rammen av intervjuguiden.

Intervjuene ble utført individuelt slik at deltakerne kunne dele sine erfaringer, synspunkter og meninger relatert til forskningsspørsmålet uten at andre tilstedeværende innvirket begrensende eller stimulerende i intervjusituasjonen. Til forskjell fokusgruppeintervju (Polit & Beck, 2020) behøvde jeg ikke å ta hensyn til at en eller flere deltakere dominerte intervjuet med sine uttalelser, eller at noen av deltakerne skulle være ukomfortable med å si sitt synspunkt i plenum.
Deltakerne kunne velge å gjøre intervjuene via telefon eller videokonferanse (Teams) grunnet potensielt store reiseutgifter ved å gjennomføre intervjuene ansikt-til-ansikt. Deltakerne bestemte selv hvor de befant seg under intervjuet og de fant selv et passende tidspunkt. Alle valgte telefonintervju og intervjuene ble gjort i januar 2023. Det ble benyttet telefon med høytalerfunksjon og digital diktafon under lydopptakene. Dette fungerte problemfritt.
Deltakerne ble bedt om å ikke ytre informasjon som kunne identifisere de. Samtykke ble innhentet til at jeg ved behov kunne slette informasjon når jeg transkriberte for å holde deltakeren anonym. Jeg tok i tillegg notater om mine inntrykk, ting som jeg følte at ble spesielt vektlagt eller andre ting jeg erfarte i forbindelse med intervjuet.
Intervjuenes lydfiler ble fortløpende overført til passordbeskyttet datamaskin og lydfil på diktafonen ble slettet. Intervjuene varierte i lengde og informasjonsrikdom. Tidsmessig var det i forkant informert om at intervjuet kunne ta ca. 45 minutter. Det korteste intervjuet varte i ca. 20 minutter, mens det lengste varte i ca. 1 time og 15 minutter.

3.6 Dataanalyse

I denne studien valgte jeg å benytte Braun & Clarkes trinnvise tematiske analyse.
Tematisk analyse benyttes for bearbeiding, analyse og tolkning av mønstre i et kvalitativt datasett som involverer systematisk behandling av datakoding for å finne temaer og mønstre i deltakernes erfaringer (Braun & Clarke, 2022).
Braun & Clarkes tematiske analyse (2013) beskriver 7 trinn. Jeg valgte å støtte meg til denne versjonen da jeg oppfattet den som en oversiktlig og praktisk innføring for nybegynnere. Jeg er kjent med at tematisk analyse beskrives dyptgående i deres nyere bok «A practical guide» (2022). Denne fant jeg mere omfattende og vanskeligere gripbar for meg på mitt kunnskaps- og erfaringsnivånivå.

Jeg har utført analysen på følgende måte:

Trinn 1) <u>Transkripsjon</u>

Lydfilene fra intervjuene ble fortløpende og så snart det var praktisk mulig transkribert verbatimt (Braun & Clarke, 2013). Jeg hadde flere gjennomhøringer av lydopptaket hvor jeg rettet det transkriberte datamaterialet. På denne måten forsikret jeg meg om at transkripsjonen ble så korrekt som mulig. Jeg er kjent med at transkripsjonen er et resultat av en interaksjon mellom lydopptaket og den som utfører transkriberingen. Den som transkriberer gjør valg om hva som skal beholdes og hvordan det som høres skal presenteres (Braun & Clarke, 2013).
Arbeidet med transkriberingen erfarte jeg som lærerikt, jeg fikk god innsikt i det innsamlede datamaterialet. Det var ressurskrevende både tidsmessig og konsentrasjonsmessig.

Trinn 2) <u>Bli kjent med innholdet i de innsamlede data og identifisere det som potensielt kan være interessant.</u>

På dette trinnet hadde jeg fra intervju og transkripsjonsarbeidet allerede opparbeidet meg en god forståelse for innsamlet data. Jeg markerte nå meningsbærende setninger og avsnitt i hvert intervju. Dette var en prosess hvor ytringer ble vurdert og revurdert, lagt til og forkastet. Alt som kunne være meningsbærende ble med.

Trinn 3) Koding – komplett; på vers av hele datasettet

Data jeg oppfattet som interessante og meningsbærende for forskningsspørsmålet ble etter hvert flyttet over i en tabell hvor data fra alle intervjuene ble samlet, nøkkelord ble markert. Utfordringen var å skille data som var relevante for forskningsspørsmålet fra interessante data som ikke var relevante.

Trinn 4) Finne tema

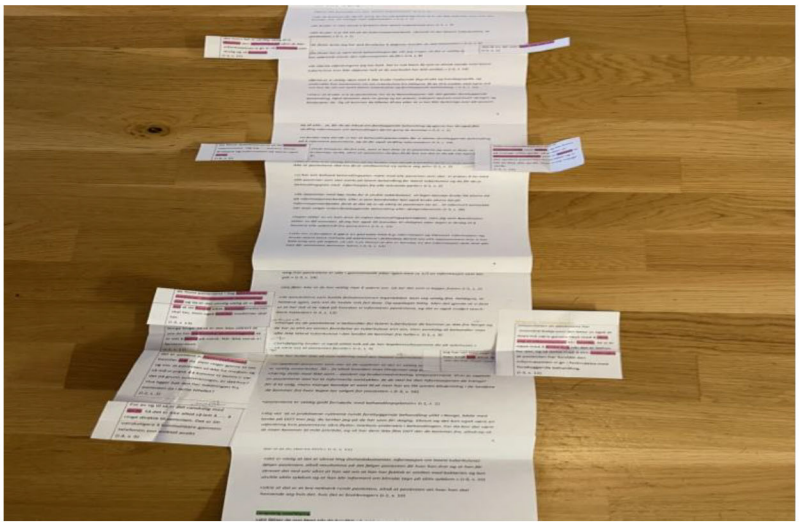
Kodene ble sortert. Etter hvert fant jeg koder som var like eller omhandlet noe av det samme på tvers av datasamlingen. Disse kodene ble samlet i tabellform. Dette dannet mønstre for potensielle tema.

Trinn 5) Revurdere temaene

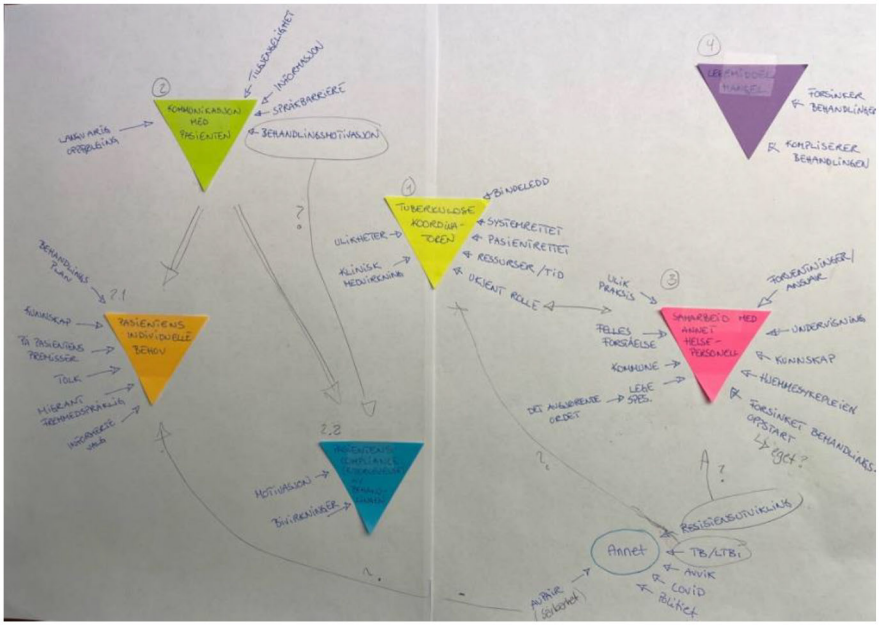
Kodene ble strukturert og organisert i grupper som hadde en felles kjerneidé. Koder ble vurdert, plassert og omplassert. En god del ble også forkastet da jeg ikke fant de relevante i forhold til forskningsspørsmålet.

På et tidspunkt måtte jeg gi opp å få oversikt ved hjelp av PC, jeg måtte i stedet skrive ut alle kodene i papirform og benytte saks og tape for å få oversikt. Det ble mye stokking av papirlapper med koder, vurdering og revurdering, før jeg

fikk oversikt over hvilke koder som hadde en felles kjerneidé og kunne inngå i et potensielt tema eller undertema.



Hvert potensielle tema og potensielle undertema fikk hver sin post-it lapp og ble plassert på et stort ark. Så ble de flytte rundt, vurdert og revurdert til de fant sin endelige plass i tema-kartet. Disse datagruppene endret navn og konstellasjon flere ganger.



Under prosessen med den tematiske analysen opplevde jeg at arbeidet fra punkt 3-5 ikke var en lineær prosess, men at analysearbeidet flyttet seg frem

og tilbake mellom trinnene, og at det var en kontinuerlig vurdering og revurdering av data.

Trinn 6) Definere og navngi temaene

Temaets navn skulle vise til temaets sentrale idé (nøkkelidé) og presentere datagruppens innhold.

Mange temanavn ble forsøkt, for så å bli forkastet fordi de ikke viste temaets sentrale idé. Jeg endte etter hvert opp med 2 tema hvorav begge tema har 3 undertema. Det første hovedtemaet omhandler tuberkulosekoordinatorens rolle og forutsetninger i arbeidet med den forebyggende behandlingen av latent tuberkulose. Det andre hovedtemaet omhandler de pasientnære forutsetningene som bør ligge til grunn for den forebyggende behandlingen.

Trinn 7) Produsere produktet

På dette trinnet presenteres studiens funn ved hjelp av den tematiske analyse slik at det relateres til studiens forskningsspørsmål.

Studiens funn er presentert i kapittel 6.1 diskusjon av resultatene.

3.6 Refleksivitet

Denne studien har vært en refleksivitetsprosess hvor min forforståelse og mine antakelser har vært utslagsgivende for valg av problemstilling, valg av metode, hvordan analysen av datamaterialet har foregått og i formingen av funnene. Dette sammenfaller med Brown & Clarke (2021, s. 294) som forklarer refleksivitet som: The process and practice of a researcher critically reflecting on how their disciplinary, theoretical and personal assumptions and their design choices shape and delimit the knowledge they produce.

Jeg er kjent med at ved å benytte denne analysemetoden vil prosessen og produktet være farget av min forforståelse og persepsjon. Braun & Clarke (2022, s. 199) sier at:

> tolking er en grunnleggende menneskelig aktivitet for å finne ut hva som foregår. Den er avhengig av oss selv, vår persepsjon, av konteksten den foregår i, den er et produkt

av vår samlede kunnskap. Analysen og tolkningen av de innsamlede data kan således sees som et subjektivt produkt som blant annet er påvirket av den som utfører tolkningen.

Jeg er også kjent med at det er mere enn en måte å skape mening i det analyserte datamaterialet, dette betyr at det ikke finnes kun ett riktig svar på forskningsspørsmålet. Analysen av de kvalitative dataene forteller bare en versjon blant mange som kunne vært fortalt ut fra studiens datamateriale (Braun & Clark 2013).

4.0 Forskningsetiske overveielser

I denne studien har jeg tatt hensyn til Helsinkideklarasjonen (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2022) I deklarasjonen står det informerte samtykket sterkt. Det informerte samtykket, uansett hvor informert det er, forsvarer ikke uetisk forskning. Deklarasjonen poengterer sterkt hensynet til sårbare grupper.

Deltakerne i studien kunne bare delta etter å ha gitt sitt informerte samtykke, de kunne når som helst i prosessen be om mere informasjon eller trekke seg frem til studiens ferdigstillelse (vedlegg 2). Ingen av deltakerne kunne betegnes som særlig sårbare i forhold til studiet. Deltakerne sto heller ikke i noen relasjon til meg som kunne betegnes som underordnet eller avhengighetsmessig.

Utarbeidelsen av studien har i alle dets faser forholde seg til GDP (Personopplysningsloven, 2018). Deltakerne måtte blant annet bli gjort kjent med hvordan deres personopplysninger ble brukt, beskyttet og i etterkant slettet.

Studien har behandlet personopplysninger, dette omfattet deltakerne, innsamling, registrering, bearbeiding, analyse, overføring, lagring, publisering og arkivering. Selv om opplysningene etter hvert ble anonymisert kunne de så lenge de var lagret være grunnlag for å identifisere deltakerne. Prosjektet var således ikke anonymt, det ble derfor meldt inn til NSD (Norsk Senter for Forskningsdata, 2022), registrert og fikk sin godkjennelse.

Data tilknyttet studien som kunne brukes til å identifisere deltakerne har vært oppbevart på passordbeskyttet datamaskin.

I følge veilederen til Regional Etisk Komité (2022) trengte ikke studien deres forhåndsgodkjennelse da det ikke kom inn under Lov om helseforskning § 4. Denne loven omhandler medisinsk og helsefaglig forskning: virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, humant biologisk materiale, forskningsbiobank eller helseopplysninger: personopplysninger om en fysisk persons fysiske eller psykiske helse, medregnet om ytelse av helsetjenester, som gir informasjon om vedkommende sin helsetilstand (Helseforskningsloven, 2020, § 4).

Studien er en del av masterutdanningen for klinisk avansert allmensykepleie ved Høgskolen i Østfold. Jeg har derfor forholdt meg til høgskolens forskningsetiske retningslinjer (Høgskolen i Østfold, 2022).

5.0 Studiens funn

I dette kapitlet presenteres funnene av den tematiske analysen.

Tabell 6. Oversikt over tema og undertema

Hovedtema	Undertema
Tuberkulosekoordinator – en krevende rolle	Et bindeledd
	En ukjent fagperson
	Utfordringer i arbeidet
	Samarbeid med annet helsepersonell
Den individuelle tilpasningen	Å *se* pasienten
	Tilpasset Informasjon
	Tilpasset oppfølging

5.1 Tuberkulosekoordinator – en krevende rolle

Flere av tuberkulosekoordinatorene i studien beskrev rollen sin som et koordinerende bindeledd.

5..1.1 Et bindeledd

Tuberkulosekoordinatorene var et bindeledd i den forebyggende behandlingen av pasienten, og mellom disse partene og pasienten selv. Deltaker 3 sa at:

> *«Vår jobb er jo å være et bindeledd. Og skape gode allianser rundt pasientene».*

Hun sa videre at:

> *«Vi er jo et ledd i en kjede, og jeg tenker at når det gjelder tuberkulose så er det veldig mange parter involvert. Og dette med at vi skal bidra til å skaffe god samhandling,r tenker jeg er nøkkelrollen vår, og da må man være smidig og litt tilpasningsvillig i forhold til fleksibilitet».*

Hensikten med rollen ble av deltaker 1 beskrevet på følgende måte:

> *«Kanskje det som er min aller viktigste oppgave er å få pasienten gjennom behandlingen på en best mulig måte sånn at det har minst mulig innvirkning på livet deres (pasientene) eller fordi de er jo unge mennesker som har jobb og familie, barn og ja mange andre ting som krever mye da».*

Deltaker 3 fortalte at hun opplevde rollen som tuberkulosekoordinator som engasjerende og hun trodde at det kunne medvirke til at de som ble ansatt i stillingene stort sett ble over lengre tid. *«veldig mange av de som jobber med tuberkulose er veldig engasjert og har vært lenge i gamet»* og hun viste til at årsaken kunne være at:

> *«Jo mer man går inn for å skaffe seg kunnskap jo mer spennende blir det, og jeg tror det er derfor det er så mange som også blir lenge i yrket fordi at det handler ikke bare om tuberkulose. Det handler om så veldig mye mer».*

Variasjonen i hvordan tuberkulosekoordinatorene utøvde sin rolle gikk igjen hos flere av deltakerne og variasjonene så ut til å være store. Deltaker 1 sa at « *Ja, det er veldig stor forskjell (på hvordan de forskjellige tuberkulosekoordinatorene jobber)».* Noen av tuberkulosekoordinatorene hadde nesten ikke direkte klinisk pasientkontakt, men jobbet hovedsakelig administrativt, mens andre deltok pasientnært allerede fra utredningen. Deltaker 5 beskrev det slik *«Det er veldig forskjellig. Det er noen som nesten ikke har pasientkontakt. Og ja, det er noen som gjør litt mer. Men det er litt forskjellig».*
Det var flere utsagn fra deltakerne som viste at det i stor grad var opp til den enkelte tuberkulosekoordinator hvordan arbeidsoppgavene ble håndtert og rollen fylt. Deltaker 5 sa: *«Det er litt opp til hvilke initiativ du tar selv i forhold til hvilken rolle du har.»*
Når det gjaldt klinisk medvirkning i utredningen og diagnostiseringen av den latente tuberkulosen var det flere av deltakerne som viste til at spennvidden er svært stor. Noen fortalte at de ikke deltok i selve prøvetakingssituasjonen. Deltaker 1 sa: *«Jeg har ikke noe sånn aktiv del i å ta prøver av pasientene»*. Deltaker 3 sa: *«Nå jobber jeg 100% som tuberkulosekoordinator og jobber ikke med prøvetaking, men det er flere koordinatorer som også jobber med prøvetaking».* Andre fortalte at de deltok pasientnært allerede fra kartleggings-stadiet. Deltaker 5 sa:

> *«Når det gjelder latent tuberkulose så... nå har jeg akkurat begynt å ta inn disse pasientene selv da, fordi det er så få lungeleger, så da fant jeg ut at jeg like godt kunne kartlegge selv først».*

5.1.2 En ukjent fagperson

Flere deltakerne fortalte at tuberkulosekoordinatoren var lite kjent for annet helsepersonell enn hos de som jevnlig var i befatning med tuberkuloserelatert diagnostikk og behandling.

Tuberkulosekoordinatorens rolle var fremmed og ny for de fleste. Deltaker 6 beskrev det slik: *«det er mange. Det er noen som ikke har visst hva tuberkulosekoordinator er»* og hun fortalte at hun av flere hadde blitt møtt med utsagn som *«Hæ, tuberkulosekoordinator, har du noe å drive med? Er ikke tuberkulose utryddet i Norge?».* Dette kunne i følge flere av deltakerne føre til at helsepersonell hadde vansker med å forstå at tuberkulosekoordinatorene hadde en rolle i helsevesenet. *«De aller fleste vet jo ikke... ja, skjønner nesten ikke at jeg har en jobb»* sa deltaker 1.

Flere av deltakerne understreket at selv om annet helsepersonell hadde varierende grad av kjennskap til rollen så ble tuberkulosekoordinatorene som oftest tatt svært godt i mot når de deltok på helsefaglige arenaer som møter, intern-/ ekstern- undervisning, kurs og konferanser. Deltaker 3 fortalte at:

> *«Jeg opplever at vi blir møtt på en veldig god måte, med mye nysgjerrighet og mye interesse rundt feltet, fordi at mange kanskje ikke har glemt sykdommen, men man har det så langt bak i hodet at man kanskje trenger litt påfyll når man får muligheten til det, eller mange ønsker det».*

5.1.3 Utfordringer i arbeidet

I studien fremkom det at det var flere utfordringer tuberkulosekoordinatorene møtte i sitt daglige arbeid. Det som ble vektlagt av deltakerne var organisatoriske-, kapasitetsmessige – og kunnskapsmessige utfordringer.

Tuberkulosekoordinatorene fortalte at de hadde strukturelle utfordringer i arbeidshverdagen. Tidsmessige ressurser var en slik utfordring. Hvordan tuberkulosekoordinatoren prioriterte og ble disponert i arbeidstiden var noe flere snakket om. Deltakerne sa at det var store variasjoner, hvor noen jobbet svært selvstendig og disponerte tiden sin selv, mens andre i tillegg hadde arbeidsmessige forpliktelser på andre arenaer og derfor må tilpasse arbeidet som tuberkulosekoordinator til dette. Deltaker 4 fortalte at hun ble omdisponert:

> *«Stillingen min er underlagt poliklinikken sånn at jeg har samme leder for begge stillingene mine som gjør at når de har behov for å ha meg i poliklinikken, så blir jeg satt opp der i stedet for kontordagen».*

Andre igjen fortalte om en ubalanse mellom det systemrettede- og det pasientrettede arbeidet, hvor det pasientrettede ble prioritert foran det systemrettede. Deltaker 3 fortalte:

> *«Tiden strekker ikke alltid til fordi pasientene kommer jo alltid først, så i perioder så har det jo hatt det kanskje en litt ubalanse i dette med system- og pasientrettet-arbeid, skulle gjerne hatt mer tid til å jobbe systemrettet».*

Det kom også frem at enkelte av tuberkulosekoordinatorene synes de ble involvert i den enkelte pasienten på et sent tidspunkt, og at de ønsker å være «tidligere på». Deltaker 5 sa at: *«når de da bestemmer seg for at pasienten skal få behandling; Da blir jeg inkludert, og det er egentlig litt sent synes jeg».* Hun sier videre at *«Så jeg kunne ønske at de hadde involvert meg litt før, slik at jeg er varslet på en måte».*

Generell mangel på kunnskap om latent tuberkulose både blant helsepersonell og hos «den vanlige mannen i gata» sa flere av deltakerne at var en stor utfordring. Flere av deltakerne beskrev behov for kunnskap hos helsepersonell når det gjaldt forskjellen på aktiv- og latent tuberkulose. Deltaker 1 fortalte at: *«Det er veldig få som vet så mye om det (latent tuberkulose) bortsett fra de som, det er jo noen som er borti det litt, kanskje kan de vet litt mer. Men ellers så er det veldig lite de kan».* Hun fortalte videre at *«Vi bruker mye tid på å forklare hva som er forskjellen på aktiv og sovende tuberkulose».* Denne usikkerheten hos annet helsepersonell kan gi konsekvenser for pasienten, deltaker 6 sa: *«Jeg har opplevd at noen (pasienter) har blitt satt på venteliste (for andre helseutfordringer) fordi at de (sykehuspersonellet) har vært usikre».*

Når kommunehelsetjenesten fikk pasienter de skulle følge opp med forebyggende behandling var behovet for faglig bistand og informasjon fra tuberkulosekoordinatoren ofte stort. Det var flere av deltakerne som fortalte om dette. Deltaker 1 sa: *«Der (i kommunehelsetjenesten) er det veldig lite kunnskap (om latent tuberkulose) fordi de er veldig lite borti det».* Deltaker 3 sa: *«da handler det om informasjonsarbeid (til hjemmesykepleien). Om hvordan man kan møte pasienten både med det medisinske behovet, men også psykososialt».* Hun delte også sine tanker om hva hun trodde var årsaken til dette:

> *«Tuberkulose er blitt en sjeldnere sykdom i Norge da ettersom forekomsten har jo falt fra vi var på en topp rundt 1900 til nå, så har det jo vært en dramatisk nedgang og det fører til at kanskje fokuset og bevisstheten også hos helsepersonell er redusert».*

Lite kunnskap om latent tuberkulose medførte smittefrykt hos de som er rundt pasienten. Deltaker 3 sa at: *«Det er smittefrykt, ikke bare hos lekpersonen i gata, men også blant helsepersonell».*

Poliklinisk kapasitet ble beskrevet som en utfordring. Lav kapasitet medførte at utredning av latent tuberkulose ikke blir prioritert. *«Det er kapasitet på poliklinikk som gjør at det ikke blir prioritert»* sa deltaker 5. Flere av deltakerne sa at det er mangel på leger med kompetanse på behandling av latent tuberkulose. Deltaker 5 fortalte at :*«Det er mangler på ressurser blant legene»* og deltaker 4 sa: *«Det er mangel på leger».*

Vansker med forsyning av legemidler til behandling av latent tuberkulose ble også sett på som en utfordring. Deltaker 3 sa at: *«fra omtrent tidlig høst 2021 begynte vi å se utfordringer med forsyninger av medisiner som vi bruker til behandling, forebyggende og aktiv behandling.».* Deltaker 4 sa: *«det er vanskelig å få tak i medisinene».* Deltaker 2 sa: *«Å få tilgang på legemidler er en utfordring.»* Deltaker2 fortalte at mangelen på legemiddel forsinket behandlings-oppstarten:

> *«Vi har faktisk en del nå som skulle vente til januar med å starte opp. For da skulle vi egentlig få Rifampicin som er en av de medisinene vi gir, nå har vi fått beskjed om at det ikke kommer i januar, og nå er det litt usikkert hvorvidt det kommer i februar».*

5.1.4 Samarbeidet med annet helsepersonell

Tuberkulosekoordinatorene samarbeidet med flere typer helsepersonell i behandlingen av latent tuberkulose. De som neves hyppigst av er de behandlingsansvarlige legene i spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien i kommunehelsetjenesten. Det framkom av intervjuene at forutsetninger for et godt samarbeid var god forståelse for hverandres roller. *«Det vil vel kanskje være de samarbeidspartnerne vi har tettest kontakt med, som kjenner bredden best (tuberkulosekoordinatorens rolle)»* sa deltaker 3. Av disse utpekte de behandlingsansvarlige legene seg (lungelegene, infeksjonslegene og barnelegene) hvor det var forståelse for tuberkulosekoordinatorens rolle. *«Så de (legene) har god forståelse for min rolle»* sa deltaker 5. Et nært samarbeid med de behandlingsansvarlige legene ga et godt grunnlag for en felles forståelse mellom legene og tuberkulosekoordinatoren når det gjaldt hvilke pasienter som fikk tilbud om forebyggende behandling. Deltaker 2 sa at:

> *«Her som jeg jobber har vi veldig godt samarbeid med legene som starter forebyggende behandling (...) Og vi har et veldig nært samarbeid og en veldig enighet om hvilke pasienter som er aktuelle for* (å tilbys) *forebyggende behandling, vi jobber*

tett sammen om utredning og informasjon og har en klar... en felles forståelse for hvordan vi skal legge det opp».

Deltaker 3 fortalte at det var legens faglige vurdering som lå til grunn for et eventuelt behandlingstilbud:

«Det er legene som beslutter hvilke pasienter som skal få tilbud (om forebyggende behandling) eller ikke, så retningslinjene er veiledende anbefalinger, og det hender at legene avviker fra de retningslinjene som er gitt».

Deltaker 4 sa at: *«(Legen) er veldig flink til å inkludere. Sånn at (legen) alltid tar kontakt med meg når (legen) har de (pasienter med latent tuberkulose) her til time».*

Deltaker 2 sa dette om samarbeidet: *«vi koordinatorer blir alltid tatt med på råd og vi finner ut av ting sammen med legene».*

Hjemmesykepleien ble beskrevet som en faggruppe de hadde varierende grad av samarbeid med. Deltaker 3 fortalte at: *«det er kommunene som har ansvaret for å følge opp at pasientene får medisiner og har ansvaret for medisinene, og det gjør de som de skal».*

Deltaker 1 sa:

«Nå er det jo ikke sånn at vi samarbeider så veldig (med annet helsepersonell). Fordi vi ikke alltid kobler inn kommunehelsetjenesten i behandling av latent tuberkulose. Så det er ikke alltid at de vet det i kommunehelsetjenesten, så er det sjeldent at vi samarbeider med de».

Flere av deltakerne fortalte at det var store variasjoner i hvordan hjemmesykepleien løste sine oppgaver med den forebyggende behandlingen av latent tuberkulose.

Deltaker 4 sa: *«De (hjemmesykepleien) følger godt opp (den forebyggende behandlingen)».*

Mens deltaker 2 fortalte at hjemmesykepleien i mye større grad støttet seg på tuberkulosekoordinatoren når de møtte på behandlingsmessige utfordringer:

«Hvis de (hjemmesykepleien) ikke hadde hatt oss (tuberkulosekoordinatorene), så i de tilfellene hvor de har gitt andre typer tjenester så løser de jo kanskje ting, eller da må de jo løse ting alene... da er de jo nødt til å finne ut av ting selv, men jeg tror det er veldig lett å ringe til oss fordi at ja, vi er her».

Flere av deltakerne fortalte at det kunne være store forskjeller mellom kommuner og mellom de forskjellige hjemmesykepleie-sonene i en og samme kommune. *«Det er veldig stor forskjell på sykepleiersoner og kommuner»* sa deltaker 2.

I følge flere av deltakerne kunne hjemmesykepleien løst sine pasientnære utfordringer med fremmedspråklige pasienter på en mer selvstendig måte om de hadde lavere terskel for å bruke tolketjeneste. Deltaker 2 sa:

> *«Det er sjeldent at hjemmesykepleien bestiller tolk. De ringer til oss og sier at pasienten ikke vil ha medisin og så må vi prøve å komme til buns i; var det på grunn av bivirkninger, eller hva var det? Hva ligger bak holdningen til pasienten?».*

5.2 Den individuelle tilpasningen

Alle pasientene måtte sees som individuelle personer med individuelle behov for tilpasning. Kartlegging, vurdering, utarbeidelse av behandlingsplan og oppfølging måtte tilpasses den enkelte pasient.

5.2.1 Å *se* pasienten

Flere av deltakerne understreket at alle pasientene er unike på sine måter, at de hadde individuelle behov selv om diagnosen var den samme. Deltaker 3 sa: *«Det er jo veldig spennende å følge denne pasientgruppa fordi som med alle andre pasienter så er det jo pasienter med veldig store individuelle variasjoner».* Viktigheten av at de hadde et helhetlig menneskesyn i tilnærmingen til pasienten, og hvordan den forebyggende behandlingen kunne påvirke pasientens dagligliv ble vektlagt av flere deltakere. Deltaker 3 sa:

> *«Vi må se hele personen og hva det er de strir med, og prøve å trekke inn de rette ressursene slik at de da kan overkomme, eller i hvert fall håndtere de andre hindringene som kanskje står i veien for tuberkulosebehandlingen». (...) «Utrolig viktig å ha med seg når vi møter pasientene at vi ikke bare tenker på vårt ståsted og hva vi skal formidle, men at man møter pasientene i forhold til hva pasienten faktisk er opptatt av».*

Under kartleggingen av pasienten var det viktig å være bevisst på hva man spurte om og hvordan spørsmålene ble stilt. Deltaker 6 sa: *«Når man har disse personene inne, så er det viktig å stille de rette spørsmålene (...) sånn at henvisningsskjemaene og all informasjonen*

blir så utfyllende som mulig». Kartleggingen ga en mulighet til å finne ut hvordan helsepersonellet kunne møte pasienten på en best mulig måte senere i behandlingsforløpet. Deltaker 3 sa: *«Kartlegge så godt vi kan og finne ut hvordan vi skal møte de på best mulig måte med tanke på informasjonsflyt».*

Deltaker 6 fortalte om sin erfaring med kartlegging:

> *«Stigmatisering er også en ting som vi må være obs på. Og da er ikke bare å spørre dem «har du hatt tuberkulose før?» (...) Så man må spørre på en litt... bruke litt annen tilnærming på en annen måte enn å bare spørre: Har du hatt tuberkulose eller?».*

Flere av deltakerne sa at pasientkartleggingen under utredningen for latent tuberkulose var svært viktig, men erfaringen var at det sviktet i denne informasjonsinnhentingen. Deltaker 6 sa: *«Du er veldig avhengig av det (grundig pasientkartlegging/ grundig anamnese). Veldig. (...) Og det er min erfaring at det svikter».*

5.2.2 Tilpasset informasjon

Det var av stor betydning at den informasjonen som ble gitt var tilpasset den enkelte pasient. Deltaker 3 sa: *«det er i hvert fall utrolig viktig at vi tilpasser den informasjonen sånn at den informasjonen vi gir er så lettfattelig som mulig og så essensiell».* Den store individuelle variasjonen mellom pasientene kunne ha innvirkning på deres sykdomsforståelse. Deltaker 2 fortalte:

> *«...pasientene har forskjellig ståsted og har jo forskjellig bakgrunn. Vi har pasienter som er her for at de skal ta et master-utdanningsforløp, og vi har pasienter som ikke kan lese og skrive når de kommer. Så pasientene har veldig forskjellig bakgrunn, det kan jo ha noe å si i forhold til sykdomsforståelse også».*

Uavhengig av pasientens språk og kultur kunne det være vanskelig å forklare pasienten hva latent tuberkulose var. Deltaker 2 sa:

> *«Vi prøver å informere så godt vi kan. Akkurat den informasjonsbiten kan være utfordrende. Det kan være utfordrende å forklare en person at du har tuberkulose, men du har det ikke».*

Å bruke et «normalt dagligspråk» i stedet for medisinsk terminologi, og å lytte til hva pasienten fortalte at hen hadde forstått var viktig. Deltaker 3 sa:

> *«Første er vi veldig nøye med å ikke bruke medisinske faguttrykk, men hverdagsspråk, og undersøke hva pasientene vet om tuberkulose fra tidligere. Få de til å snakke med egne ord om hva de vet om latent tuberkulose og forebyggende behandling».*

Noen av pasientene innhentet informasjon på egen hånd og stilte godt forberedt til informasjon- og kartleggingsmøter. Deltaker 4 sa: *«Det er en del som leser seg opp selv»* og *«De fleste synes jeg har god forståelse og skjønner hvorfor de skal behandles».*

Pasientene møtte oftest til samtale flere ganger. Pasienten fikk også utlevert skriftlig informasjon, fikk tid til å fordøye informasjon og tid til å komme med spørsmål. Deltaker 2 sa:

> *«Ellers bruker vi å ta pasientene inn til to konsultasjoner når det gjelder forebyggende behandling. Først kommer de en gang og tar prøver, indusert sputum, eventuelt røntgen og blodprøver. Så kommer de tilbake til oss etter at vi har fått dyrkningssvar på sputum. Så får de tilbud om forebyggende behandling og de har gjerne også fått skriftlig informasjon om behandlingen første gang de kommer».*

De fleste deltakerne fortalte at de brukte mye tid på informasjonen til pasientene. Deltaker 5 sa: *«Når de kommer for første gang på poliklinikk-time så er de ikke helt klar over hva det handler om. De trenger mye informasjon».*

Til tross for at det ble brukt mye tid og ressurser på å gi pasienten god og tilpasset informasjon var det en del informasjon som gikk tapt for pasienten. Deltaker 3 sa:

> *«Selv om vi forsøker å gjøre en god jobb med å gi informasjon og tilpasset informasjon og bruke «teach-back» metode på pasientene i fellesskap fortell oss oppsummere hva vi har blitt enig om på møtet, så vet vi jo likevel at det er kanskje en del informasjon som går tapt før pasienten kommer hjem».*

Nødvendigheten av at pasienten forsto den informasjonen ble understreket av de fleste deltakerne. De sa at god og forstått informasjon var viktig siden pasienten skulle ta et valg om å motta behandlingen. Deltaker 3 sa: *«Det viktig er at vi gir god informasjon, om hvorfor vi anbefaler det. Slik at pasienten forstår den informasjonen vi gir før han eller hun tar et valg».*

Etter at pasienten var informert og informasjonen var forstått sa de fleste deltakerne i undersøkelsen at flertallet av pasientene takket ja til behandlingen. Deltaker 3 sa:

«De aller fleste pasientene, de ønsker forebyggende behandling. Vi har noen ganske få hvert år som takker nei, for det er jo da en frivillig behandling, men de aller fleste ønsker å gjennomføre den».

Behandlingsplanmøtet mellom den enkelte pasienten, ansvarlig behandlende lege, tuberkulosekoordinatoren og ev andre (f.eks. kommunehelsetjenesten, tolk) var et viktig punkt i pasientens behandling i følge flere av deltakerne. Deltaker 1 sa:

«Vi har behandlingsplanmøter med alle pasientene som skal. Vi prøver å ha med alle pasienter som skal starte på behandling for latent tuberkulose og da får de jo en behandlingsplan med informasjon fra alle relevante parter».

Flere av deltakerne forteller at de gjerne hadde laget et forslag til behandlingsplan i forkant av behandlingsplanmøtet. Utkastet kunne justeres av alle parter underveis i møtet slik at behandlingen kunne tilpasses pasienten og helsepersonellet. Deltaker 5 fortalte at: *«Jeg lager et utkast og det tas opp på behandlingsplan-møtet hvor da lege er til stede og hjemmesykepleie og pasienten, tolk eventuelt og jeg».*

Deltaker 2 fortalte:

«...så har jeg gjerne lagt opp et sånt forslag da, så ser jeg at da tenker jeg kanskje vi skal begynne i neste uke hvis det passer for deg og prøver å finne et tidspunkt på dagen som kan passe pasienten og som kan passe for hjemmesykepleien».

Deltakerne fortalte at majoriteten av pasientene som fikk forebyggende behandling hadde utenlandsk opprinnelse. Deltaker 1 fortalte:

«Mange av pasientene vi behandler for latent tuberkulose kommer ikke fra Norge og de har en annen forståelse av tuberkulose enn oss, men så behandler man ofte ikke latent tuberkulose i det landet de kommer fra heller».

Pasienter av utenlandsk opprinnelse kunne oppleve det norske helsevesenet som svært annerledes enn helsevesenet der de kom fra. I Norge måtte de både ta valg og ta ansvar når det gjaldt egen helse og behandling. Deltaker 3 fortalte:

«Vi opplever pasienter som sier at de opplever at det er veldig annerledes i Norge. Helsevesen er veldig annerledes. Så... ja altså hvordan man tilnærmer seg pasienten (...) særlig dette med pasient og brukermedvirkning. Vi er jo opptatt av at pasientene skal ta informerte valg. At de skal ha den informasjonen de trenger for å ta valg, mens

mange kanskje er vant til at man har en litt annen tilnærming i de landene de kommer fra, hvor legen tar valget for pasienten».

Selv om pasienten snakket en del norsk, så var det forskjell på å klare seg godt i dagligtale til å beherske samtaler som inneholdt medisinsk terminologi. Terskelen for å benytte tolke burde derfor være lav. Deltaker 2 sa:

«Jeg har vel ikke sagt det tydelig nok, men bruk tolk. Kjempeviktig og selv om du har noen som har vært i Norge lenge, så er det ikke sikkert at alle de medisinske terminologiene er lett å forstå på norsk når ikke norsk er førstespråket».

For å sikre at pasienten fikk korrekt skriftlig informasjon var det flere av deltakerne som fortalte at de hadde god erfaring med å dele ut oversatte kvalitetssikrede informasjonsbrosjyrer. Deltaker 2 sa: *«...brosjyrer fra LHL som vi deler ut. De er på forskjellige språk, sånn at pasienten kan få lest om det på sitt eget språk».*

5.2.3 Tilpasset oppfølging

Flere fortalte om viktigheten av tuberkulosekoordinatorens oppfølging av pasientens compliance og behandlingsplan. Deltaker 6 sa:

«Mange av de som står på behandling glemmer å ta blodprøvene. Da er det ofte at jeg ringer de opp, og så sier jeg at «her kan jeg ikke se at du har tatt blodprøver, og det er kjempeviktig at du gjør. Du må møte der og der, og så må du ta blodprøven, bestillingen ligger inne. Det må du bare få gjort», og så sjekker jeg et par dager etterpå: ingenting gjort. Og jeg ringer på nytt «Ja-ja, nei, jeg skal gjøre det i morgen». Det var flott, da sjekker jeg i morgen». Sånn holder jeg på til det er gjort».

Flere av deltakerne fortalte at kontakten mellom tuberkulosekoordinator og pasient gikk begge veger. Pasienten hadde mulighet til å kontakte tuberkulosekoordinatoren direkte. Deltaker 2 sa: *«Det er lettere for pasienten å få tak i oss en å få tak i en av infeksjonslegene».* De fortalte at pasientene benyttet seg av dette tilbudet. Deltaker 3 fortalte:

«Vi opplever at pasientene ofte tar kontakt. Jeg synes det er veldig viktig at vi understreker at pasientene gjerne tar kontakt en gang for mye enn en gang for lite, og at det er ingen spørsmål som er feil, at de må ta kontakt hvis de lurer på noe, så vi prøver å normalisere det at de tar kontakt og ikke er redde for å ta kontakt».

Hvor tett oppfølging pasienten fikk var basert på pasientens individuelle behov. Deltaker 3 sa: *«Vi følger nok pasientene relativt tett her hos oss, og det gjør også at man har forhåpentlig vis lav terskel for å fange opp utfordringer på tidlig tidspunkt».*

Direkte observert terapi (DOT) kunne i følge deltakerne bidra til god compliance. Tilbudet om DOT var avhengig av type legemiddel, legemiddelregime og pasientens behov for støtte i legemiddeladministrasjonen. Flere deltakere fortalte at det var hjemmesykepleien i den enkelte kommune som bistod med legemiddeladministrasjon ved DOT. Deltaker 2 fortalte:

> *«Også samarbeider vi jo med kommunehelsetjenesten. Vi har flere forskjellige typer forebyggende behandling vi gir. Det vi bruker mest og helst vil bruke, er 12 doses behandlingen som er medisiner en dag i uka i 12 uker. Denne skal gis som DOT, altså at hjemmesykepleien ser at pasienten tar medisinen alle de 12 gangene pasienten skal ha medisinen».*

Deltaker 3 fortalte at DOT ble tilbudt etter vurdering av pasientens individuelle mulighet for etterlevelse (compliance) av behandlingen:

> *«Hos oss så er det primært hvis det er barn eller hvis det er kjent rus, kjent psykiatri eller hvis det er språkbarriere eller man har kanskje en oppfatning av at pasienten kan ha redusert compliance, så anbefaler vi DOT».*

En utfordring med DOT var at noen pasienter ikke fulgte opp avtalene. Deltaker 2 sa:

> *«Så hender det at pasienten ikke er hjemme til oppsatt tidspunkt, at de ikke har forstått eller fått til å gi beskjed til hjemmesykepleien hvis det har oppstått noe sånn at akkurat den dagen ikke kan være hjemme til avtalt tid».*

Når behandlingen først startet viste pasientene stort sett god compliance. Deltaker 1 sier:

> *«Når de først forstår viktigheten av behandlingen og hvor viktig det er å ta den (medisinen) hver dag. Så synes jeg compliance er veldig bra....».* Deltaker 6 fortalte: *«Jeg synes at deltakelsen er høy når man først drar i gang. Er ikke mange som hopper av».*

6.0 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke tuberkulosekoordinatorers erfaringer med behandlingen og ivaretakelsen av pasienter med latent tuberkulose. I dette kapittelet diskuteres studiens funn opp mot problemstillingen og annen forskningslitteratur.

6.1 Diskusjon av funn

6.1.1 Et bindeledd

Tuberkulosekoordinatorene beskrev yrkesrollen som et koordinerende bindeledd mellom partene som inngikk i behandlingen og ivaretakelsen av pasienten med latent tuberkulose. Dvs. mellom pasienten, behandlingsansvarlig lege (spesialisthelsetjenesten), hjemmesykepleien (kommunehelsetjenesten) og eventuelt andre. Dette stemmer over ens med Forskrift om tuberkulosekontroll (2009) som blant annet sier at tuberkulosekoordinatoren skal koordinere individuell oppfølging og behandling i samarbeid med behandlende spesialist og kommunehelsetjenesten. Hensikten med koordineringen var at det skulle være god samhandling mellom partene slik at behandlingsplanen ble fulgt og pasienten gjennomførte behandlingen. Schein et. al. (2018) gir tuberkulosekoordinatorene en stor del av æren for at pasientene fullfører behandlingen siden de er aktivt involvert i tuberkulosekontrollarbeidet både på individuelt- og systemnivå. Funnene stemmer også godt over ens med Jansen-Aaldring et. al. (2018) som sier at tuberkulosekoordinatorens arbeid er viktig for en potensiell «best practise» i arbeidet med behandlingen av latent tuberkulose. Utenlandske studier fra land med lav forekomst av både aktiv og latent tuberkulose har vist at å ha en sykepleier som koordinator for dette arbeidet har gitt god kvalitet på behandlingen og et høyt gjennomføringsresultat (Craig et. al., 2007; Searle et. al., 2007; Shimamura et. al., 2013).

Mangel på dedikert personell til å følge opp pasienter som ble behandlet for latent tuberkulose beskrives av Kunin et. al. (2022) som en barriere i å oppnå suksessfull behandling.

Pasienten med latent tuberkulose utredes og diagnostiseres i spesialisthelsetjenesten mens behandlingen oftest foregår i kommunen. Jakobsen et. al. (2022, s. 25) sier at «Overganger mellom ulike nivåer i helsetjenesten, for eksempel fra sykehus til hjem eller mellom ulike

helsetjenestetilbud i en kommune, ofte er kritiske for pasienter og deres familie». Her kan den avanserte kliniske allmennsykepleieren i kommunen bidra på en positiv måte for å fremme pasientsikkerheten ved å være en samarbeidspart for tuberkulosekoordinatoren (Bryant-Lukosius et. al., 2015).

Funn tyder på at godt tverrfaglig samarbeid er viktig. Dette samsvarer med Stubberud (2018) som sier at tverrprofesjonell samhandling blir gjerne løftet frem som et viktig tiltak i arbeidet for å bedre kontinuiteten og kvaliteten på helsehjelpen pasienten mottar Funn tyder også på at samarbeidet er enklere når partene kjenner hverandres roller. Dette støttes av Orvik (2015) som sier at samhandling foregår på en enklere måte når partene er kjent med hverandres roller og ansvar. I denne studien var alle tuberkulosekoordinatorene sykepleiere. Ved at det var sykepleiere som innehadde rollen som tuberkulosekoordinator ble arbeidet regulert av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, 2022) som blant annet i pkt. 5.2 sier at sykepleieren skal bidra til utforming og gjennomføring av faglig forsvarlig, god og omsorgsfull praksis og i pkt. 4.1 som sier at sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige arbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten.

Funnene viste at det var variasjoner i hvordan de forskjellige tuberkulosekoordinatorene arbeidet. Noen arbeidet hovedsakelig administrativt, mens andre også var aktivt deltagende i klinikk. Det var i stor grad opp til den enkelte tuberkulosekoordinator hvordan hun løste sine arbeidsoppgaver innenfor rammen av lovverket. Dette kan kanskje sees i sammenheng med organisatoriske forskjeller i deres arbeidssituasjon. Funn viste at Tuberkuloseveilederen (Folkehelseinstituttet, 2022) var det støtteverktøyet de refererte til for sin yrkesutøvelse.

6.1.2 En ukjent fagperson

Funn tyder på at tuberkulosekoordinatorenes arbeid var lite kjent for annet helsepersonell og at de som hadde kjennskap til deres arbeids- og ansvarsområde i hovedsak var helsepersonell som arbeidet innen tuberkulosefeltet. Funn tydet på at behandling av latent tuberkulose var fremmed for mange i helsevesenet og at mange trodde tuberkulose ikke lengre er relevant i Norge. Dette samsvarer med Aadnanes et. al. (2018) som sier at majoriteten av almenpraktiserende leger ikke anså tuberkulose som en stor helsetrussel i Norge, selv om immigrasjon hadde ført til en økende forekomst av latent tuberkulose. Jeg tror dette kan være overførbart til hvilke holdninger sykepleiere og annet helsepersonell har til tuberkulose. Til tross for at tuberkulosekoordinatorens rolle virket ukjent viste funn at

tuberkulosekoordinatorene ble godt mottatt og at de ble hørt når de deltok på møter, kurs og seminar. Dette kan kanskje tolkes dithen at for å kunne ivareta samhandling mellom ulike helseprofesjoner som deltar i tuberkulosearbeidet (Forskrift om tuberkulosekontroll, Lovdata 2009, Norsk Sykepleierforbund, 2023) er tuberkulosekoordinatoren både avhengig av å bli invitert inn der det trengs og hun må kunne ta initiativ og invitere seg selv dit hun mener det er nødvendig.

6.1.3 Utfordringer i arbeidet

Funn tydet på at flere tuberkulosekoordinatorer opplevde tidsmessige utfordringer i arbeidet. De måtte prioritere tiden sin mellom systemrettet arbeid og pasientrettet arbeid, hvor det pasientrettede arbeidet ble prioritert. Dette kunne medføre mindre tid til å drive blant annet fagutvikling og opplæring. Funn tydet på at tuberkulosekoordinatorer som var ansatt i delt stilling (f.eks. 50 % i stilling som tuberkulosekoordinator og 50% som sykepleier i somatisk avdeling) kunne få tiden sin omdisponert av arbeidsgiver slik at dager avsatt til tuberkulosekoordinator-arbeid ble omgjort til arbeid i klinisk avdeling. Haugan og Rannestad (2021) sier at strukturelle forhold (lønn, arbeidsforhold, arbeidstid m.m.) er lite omtalt i sykepleielitteratur, muligens fordi de oppleves som forhold utenfor «vår kontroll».
Jeg tolker dette som at det ikke alltid var enkelt for tuberkulosekoordinatorene å oppfylle arbeidsoppgavene slik de var beskrevet i loven (Forskrift om tuberkulosekontroll, Lovdata 2009).

Funn tydet på at mangel på kunnskap om latent tuberkulose blant helsepersonell ble sett på som en stor utfordring. Kunnskapsmangel og smittefrykt kunne føre til usikkerhet blant helsepersonell. Funn kan tyde på at det ble stilt spørsmål ved kvaliteten på den sykepleiefaglige oppfølgingen av pasientene hvis kunnskapsnivået var lavt blant helsepersonellet. Dette er forenelig med det Stubberud (2018) sier om at forutsetningene for god kvalitet på helsehjelpen er at den baseres på pålitelig oppdatert kunnskap om effekten av tiltak og pasientens eller brukerens erfaringer og synspunkter på helsetjenesten. Funn viste at tuberkulosekoordinatorene så et stort behov for å bidra med informasjon til, og opplæring av helsepersonell. Dette medførte at tuberkulosekoordinatorene brukte mye tid på informasjon og nødvendig opplæring spesielt hos hjemmesykepleien når de fikk pasient som skulle behandles og ivaretas. Funn tyder på at årsaken til manglende kunnskap ble sett i

sammenheng med lav forekomst av både tuberkulose og latent tuberkulose i Norge (Folkehelseinstituttet, 2022) til tross for stor globale forekomst (World Health Organization, 2022). Dette sammenfaller med Aadnanes et. al. (2018) som sier at grunnen til at det var utfordringer i forhold til detektering og behandling av latent tuberkulose i Norge var at infeksjonen var relativt sjelden. De sier videre at kunnskapen om latent tuberkulose hos almenpraktiserende leger (GP´s) i kommunehelsetjenesten virket å være begrenset og det var relativt lite kurs og seminarer innen fagområdet. Jeg tenker at dette kanskje kan være overførbart til kommunehelsetjenestens sykepleiere. Lav bevissthet rundt tuberkulose kunne i følge Aadnanes et. al. (2018) føre til feil i diagnostisering og behandling.

Funn tydet på at tuberkulosekoordinatorene samarbeidet med hjemmesykepleien i varierende grad. Dette var avhengig av om hjemmesykepleien var involvert i behandlingen eller ikke. I de tilfellene hvor hjemmesykepleien var involvert viste studiens funn at variasjonen spente fra at hjemmesykepleien tok ansvar og utførte arbeidet selvstendig, til at de kunne virke uselvstendige. Funn tydet på at oppfølgingen av behandling og ivaretakelse av pasienten kunne variere mellom forskjellige kommuner, og variere fra hjemmesykepleiesone til hjemmesykepleiesone innad i samme kommune. Jeg har ikke funnet forskningsartikler som beskriver kunnskapsnivået om latent tuberkulose hos sykepleiere i kommune-helsetjenesten i Norge. Imidlertid viser en studie fra Rhode Island (Szkwarko et. al., 2022) at sykepleiere der hadde lite kunnskap om behandling av latent tuberkulose og derfor var ukomfortable med pasientoppfølgingen, men at de ønsket å tilegne seg kunnskap. Dette støttes også av studier gjort i andre land med lav forekomst (Katrak & Flood, 2018; Kunin et al., 2022) og kan kanskje være overførbart til norske forhold.

Jeg tenker at den avanserte kliniske allmennsykepleieren i kommunen kan være en ressurs som kan bidra til økt kompetanse hos hjemmesykepleien og støtter meg på Fagerström (2019, s. 23) som sier at «en avansert klinisk sykepleier kan fungere som en «case» manager som gir pleie og behandling, koordinerer, planlegger og sikrer at pasienten får den omsorgen som kreves». Det er også forenelig med Jakobsen et. al. (2022, s. 371) som sier at en avansert klinisk sykepleier vil ha «faglig kompetanse til å arbeide for kvalitetsforbedringer i kommunale helse- og omsorgstjenester slik at målet om kvalitative helhetlige tjenester oppnås». Dette støttes også av Kunin et. al. (2022) som beskrev at et lavt nivå av selvtillit når det kom til å gjenkjenne og respondere på legemiddel-bivirkninger kunne reduseres av opplæring og støtte fra fagpersoner.

Legemiddel-bivirkninger ble av Schein et. al (2018) beskrevet som den hyppigste årsaken til at behandlingen ble avbrutt. De forklarte det med at behandlingen er preventiv og at milde til moderate bivirkninger kunne innvirke på både pasientens og legens motivasjon til å fortsette behandlingen. Slik jeg tolker dette er det viktig at helsepersonalet som deltar i behandlingen og ivaretakelsen av disse pasientene har god kunnskap om fagfeltet slik at pasienten gis de beste forutsetninger for behandlingsfullføring. Jeg mener at den avanserte kliniske allmennsykepleieren kan, med sine kompetanseområder (Forskrift om nasjonal masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie, 2020) være en ressurs i kommunehelsetjenesten. Undervisning og veiledning av ansatte hører til hens rolle (Jakobsen et. al., 2022). Kan den avanserte kliniske allmensykepleieren samarbeide med tuberkulosekoordinatoren om opplæring og kvalitetssikring kan det kanskje avhjelpe tuberkulosekoordinatorens bruk av tid på dette i kommunehelsetjenesten. En del av hjemmesykepleiens utfordringer med behandlingen og ivaretakelsen av pasienten kan kanskje dermed løses i kommunehelsetjenesten.

Funn kunne tyde på at lav kapasitet på poliklinikk og mangel på legespesialister var en utfordring som gjorde at pasienter med spørsmål om latent tuberkulose ikke ble prioritert for utredning. Utredning av latent tuberkulose tapte i forhold til prioritering av andre sykdommer. Funn tydet på at dette kunne medføre forsinket behandlingsoppstart, noe som var lite gunstig da forebyggende behandling burde starte så snart som mulig når det var indikasjon for det. Dette er forenelig med Folkehelseinstituttet (2022) som sier at forebyggende behandling bør starte så snart som mulig.

Funn tydet på at utfordringer med forsyning av de foretrukne legemidlene til den forebyggende behandlingen de siste årene hadde blitt mer og mer vanlig. Dette stemmer med opplysninger fra Statens Legemiddelverk (2023) som viser at det er mangler av enkelte typer kombinasjonspreparater for behandlingen. Funn viste at tuberkulosekoordinatorene opplevde legemiddelmangelen som problematisk for pasientbehandlingen. Dette er forenelig med Winje et. al. (2018) som sier at tidlig behandlingsoppstart kan forhindre sykdomstilfeller. Og Arnesen et al. (2022) som sier at personer med latent tuberkulose hadde størst sannsynlighet for å utvikle sykdom i løpet av det første året etter smittetidspunkt.

6.1.4 Samarbeid med annet helsepersonell

Funn tydet på at legene som hadde behandlingsansvar for latent tuberkulose (lungeleger, infeksjonsleger og barneleger) var den faggruppen som tuberkulosekoordinatorene hadde tettest samarbeid med. Funnene tydet også på at tuberkulosekoordinatorenes erfaringen var at disse legene hadde god forståelse for arbeids- og ansvarsområde til tuberkulose-koordinatorene. Funnene tydet på at dette ga en god og forutsigbar arbeidsfordeling i planleggingen og oppfølgingen av pasientens forebyggende behandling og ivaretakelse. Dette samsvarer med beskrivelsen i lovverket (Forskrift om tuberkulosekontroll (2009) hvor legen har ansvar for igangsetting av behandling og valg av behandlingsregime. Og hvor legen skal varsle tuberkulosekoordinator, som er ansvarlig for at det etableres en behandlingsplan for pasienten for hele behandlingsperioden. Dette samsvarer også med Orvik (2015) som sier at tverrprofesjonalitet handler om hvordan klinikere arbeider sammen.

6.1.5 Individuell tilpasning

Funn tydet på at alle pasientene måtte møtes på en individuell måte og den enkeltes behandlingsforløp ble individuelt tilpasset for best mulighet for gjennomføring av behandlingen. Funn tydet på at tuberkulosekoordinatorene var avhengig av en grundig og utfyllende kartlegging (Stubberud, 2018) av pasienten for å ha et best mulig utgangspunkt for utvikling av akkurat denne pasientens behandlingsplan. Dette er forenelig med Brataas (2011) som sier at innsamling av informasjon om pasienten er
en vesentlig innledende faktor for tilpasning av individuell behandling. Dette stemmer med det som er beskrevet hos Folkehelseinstituttet (2022, s. 3/16) hvor kartleggingen må vise hvordan pasienten vil følge opp behandlingen ved å møte til avtaler og kontroller, hvilke ressurser som kreves personellmessig og om det er sannsynlig at påbegynt behandling vil bli fullført når det skal vurderes om pasienten skal få tilbud om forebyggende behandling. Funn viste at tuberkulosekoordinatorene måtte ta hensyn til pasientens helhetlige livssituasjon, hvordan pasienten best mulig kunne informeres og identifisere hvilke barrierer som kunne vanskeliggjøre behandlingen og ivaretakelsen av pasienten. Dette samsvarer med Lov om pasient- og brukerrettigheter § 2-5 (Lovdata, 1999) som sier at pasienter og brukere med behov for langvarig og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet

individuell plan. Og med og med Forskrift om habilitering og rehabilitering (Lovdata, 2022) som sier at planen skal tilpasses behovene til den enkelte pasient. Funn fra studien tyder på at det ofte var svikt i kartleggingen av pasienten. Jakobsen et. al. (2022, s. 120) sier at « En helhetlig vurdering av pasientens helsestatus krever god fagkunnskap, en systematisk undersøkelse og gode kommunikasjonsferdigheter. En helhetlig vurdering inkluderer kartlegging av pasientens sykehistorie, klinisk undersøkelse og observasjon». Dette skal dokumenteres i pasientens journal (Helsepersonelloven, 1999, § 39-40). Planlagt og gitt sykepleie synliggjøres av denne dokumentasjonen. Dokumentasjonen er også viktig for kontinuiteten og kvaliteten på helsehjelpen pasienten får (Jakobsen et. al., 2022). Dette mener jeg viser viktigheten av at en kvalifisert fagperson har rollen som koordinator og følger opp behandlingen og ivaretakelsen av pasienten. Det viser også at den avanserte kliniske allmennsykepleieren kan ha en rolle som ressursperson i kommunen når det kommer til hvordan kommunens helsepersonell håndterer behandlingen og ivaretakelsen av pasienten (Jantzen, 2018; Jakobsen et. al., (2022); Johansen & Helgesen, 2021).
Funn tydet på at hvordan kartleggingsspørsmålene ble stilt også var viktig. Om spørsmål ble stilt for direkte eller på «feil» måte kunne svarene bli unnvikende eller uriktige. Dette er forenelig med Searle et. al. (2007) som sier at hos «mannen i gata» oppfattes tuberkulose som en sykdom som hører fortiden til eller som «noe ande får». Det er og forenelig med Craig et. al. (2017) som sier at tuberkulose kunne være forbundet med stigma og pasienten derfor være sensitiv for temaet og spørsmålene.

Funn viste at individuelt tilpasset informasjon til pasienten ble ansett som svært viktig. Hensikten med informasjonen var at pasienten på bakgrunn av informasjonen kunne ta informerte valg i forhold til tilbudet om behandling på bakgrunn av diagnose og hva behandlingen innebar. Dette samsvarer med lov om pasient- og brukerrettigheter § 3-1 (1999) som sier at pasienten har lovfestet rett til medvirkning. Dette beskrives også av Brataas (2011) som sier at i tilnærmingen til pasienten tilpasses informasjonen til pasientens oppfatninger, spørsmål, væremåte, situasjon og ressurser. På denne måten kan pasienten få mulighet til å forstå informasjonen. Først når informasjonen er forstått kan pasienten ha brukermedvirkning. Brattås (2011) sier videre at man må forsikre seg om at pasienten har forstått det som er sagt og selv sjekke om man har forstått pasienten.

Teach-back metoden beskrives i studiens funn som en god metode som helsepersonellet kunne benytte for å få vite hva pasienten har forstått av den informasjonen som er gitt. Dett støttes av Kunin et. al. (2022) som sier at mange pasienter hadde vansker med å forstå den diagnoserelaterte informasjonen. Kunin et. al. (2022) sier videre at teach-back metoden med fordel kunne benyttes for å få et innblikk i pasientens forståelse av den informasjonen som var gitt. Dette støttes også av Christiansen (2020) som sier at teach-back metoden gir mulighet for å støtte pasientens oppfattelse av informasjonen eller presisere, repetere eller omformulere informasjonen.

Funn tydet på at informert samtykke og brukermedvirkning for pasienter av utenlandsk opprinnelse kunne oppleves som nytt og fremmed. Mange av pasientene kom fra land hvor de var vant til at legen bestemte og pasienten innordnet seg. Dette samfaller med (Dahl et. al. (2021) som sier at det informerte samtykket og pasientens brukermedvirkning (empowerment) kan bli skjøvet til siden om ikke helsepersonellet er bevisst på egne- og pasientens holdninger til dette.
Funn tydet på at språklig tilpasning ble sett på som viktig for at pasienten skulle kunne ta informerte valg og ha brukermedvirkning siden majoriteten av pasientene hadde utenlandsk opprinnelse. Funn tydet på at tuberkulosekoordinatorene benyttet tolk for å være sikker på at den fremmedspråklige pasienten eller pasienten med begrensede norskkunnskaper forsto og kunne gjøre seg forstått. Dette er forenelig med Stubberud (2018) som sier at pasienten må være i stand til å motta og forstå informasjon for å kunne ta informerte valg. Bruk av profesjonell tolk kan gi økt pasienttilfredshet, bedre pasientsikkerhet og økt effektivisering. Bruk av tolk er også nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5 (1999) som sier at informasjonen til pasienten skal være tilpasset mottakerens språkbakgrunn. Funn viste at pasientene fikk skriftlig kvalitetssikret informasjon på sitt foretrukne språk. Dette samsvarer med Eriksen & Sajjad (2020, s 259) som sier at de som ikke kan lese på sitt eget språk står i en spesielt vanskelig situasjon når det gjelder informasjonstilgang (...). De er hele tiden avhengig av andre og deres tolkninger.

Funn tydet på at behandlingsplanmøtet var viktig for igangsetting og gjennomføring av behandlingen, og for ivaretakelsen av pasienten. Behandlingsplanen var

tuberkulosekoordinatorens ansvar og viste noe av hennes koordinerende funksjon mellom behandlende lege, pasienten kommunehelsetjenesten og eventuelt andre. Den skulle fungere for alle parter og gi en forutsigbarhet i behandlingen. Dette samsvarer med beskrivelsen i Forskrift om tuberkulosekontroll (2009) som sier at en av tuberkulosekoordinatorens oppgaver er å etablere behandlingsplan for pasienten i samarbeid med behandlende spesialist, pasienten og kommunelegen. Dette beskrives av Schein et.al. (2018) som sier at tuberkulosekoordinatoren har ansvaret for at det utformes en individuell behandlingsplan for hver pasient og at planen tydelig viser hvilket ansvar partene har. Planens utforming skulle være bygget på maksimal involvering av pasienten. Dette støttes også av Jansen-Aaldring et.al. (2018) som beskriver behandlingsplanmøtet som en pasientsentrert tilnærming som etablerer et samarbeid mellom pasient, behandler og andre aktører.

Funn fra studien tyder på at oppfølging av pasienten underveis i behandlingen ble vektlagt som en grunnleggende faktor for gjennomføring av behandlingen. For pasienten var det viktig å ha en dedikert person å forholde seg til og som det var enkelt å komme i forbindelse med. Dette stemmer med Kunin et. al. (2022) som sier at det kan tyde på at pasientinformasjon og oppfølging legger grunnlaget for pasientens compliance. Funn fra studien viste at tuberkulosekoordinatoren fulgte opp med pasientkontakt ut i fra en individuell vurdering av pasientens behov og fulgte opp pasientens behandlingsplan slik at mulige barrierer for compliance kunne håndteres. Kunin et. al. (2022) sier videre at barrierer for behandlingsgjennomføring kunne være at pasienten ikke kom til avtale, at deres motivasjon ble begrenset og at behandlingen var langvarig og krevende.

Funn i studien viste at direkte observert terapi (DOT) ble tilbudt etter individuell vurdering av pasientens mulighet for etterlevelse av behandlingen (compliance) i de tilfellene hvor DOT ikke var rutinemessig brukt (Folkehelseinstituttet, 2022) og at DOT ble administrert av hjemmesykepleien i kommunen. Dette er forenelig med Schein et. al (2018) som sier at bruk av DOT var vanlig, selv i behandlingsregimer hvor det rutinemessig ikke var anbefalt og at nesten 2/3 av pasientene i deres studie mottok DOT. Schein et. al (2018) sier og at DOT hadde en signifikant effekt for gjennomføring av behandlingen hos utenlandskfødte pasienter, men utgjorde ingen signifikant forskjell for norsk-fødte.

Funn tydet på at når pasienten hadde tatt et informert valg og takket ja til behandlingen var compliance stort sett god og pasientene gjennomførte behandlingen.
Dette sees av Schein et. al (2018) i sammenheng med at tuberkulosekoordinatoren var aktivt involvert i kontrollarbeidet av tuberkulose, både på individ- og på systemnivå. Og at tuberkulosekoordinatoren var involvert både før og under behandlingen.

6.2 Metodediskusjon

Jeg har i arbeidet med denne studien hatt tett individuell veiledning av veileder med forskerkompetanse fra Høgskolen i Østfold. Hvert steg i prosessen har vært diskutert med veileder. Tilbakemeldingene jeg har fått på det materialet jeg har produsert har vært direkte og har gitt meg nye perspektiv på hva jeg så langt hadde produsert, og hvordan jeg burde gå frem videre slik at studien kunne bli troverdig og pålitelig. Dette er forenelig med Kvale et. al. (2015, s. 276) som sier at «reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre». Validitet har å gjøre med i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke (Kvale et. al., 2015). I tillegg til individuell veiledning har jeg deltatt aktivt på 6 masterseminar i kvalitativ metode for studenter ved utdanningen for Avansert Klinisk Sykepleie hvor arbeidet med denne studien ble presentert og diskutert. På masterseminarene deltok medstudenter, min veileder og flere andre veiledere med forskerkompetanse fra Høgskolen. Jeg mener at denne studien dermed har blitt drøftet og kvalitetssikret. En kvalitativ studie kan kvalitetssikres ved å vurdere og drøfte dens validitet.
Dette er forenelig med Kvale et . al. (2011, s.279) som sier at:

> Validiteten sjekkes ved å undersøke feilkildene. Jo sterkere falsifiseringsbestrebelser en påstand har overlevd, desto mer gyldig eller troverdig er kunnskapen. Forskeren har et kritisk syn på sine fortolkninger, og uttrykker eksplisitt sitt perspektiv på emnet som studeres og hva slags kontroll som utøves for å motvirke selektiv forståelse og skjev fortolkning.

Min forforståelse har hatt stor innvirkning på denne studien. Uten min yrkesbakgrunn og erfaring hadde jeg ikke valgt å undersøke dette forskningsspørsmålet. Min forforståelse har

preget mine valg av forskningsartikler og faglitteratur. Dette gjelder også for hva jeg valgte som data i den tematiske analysen og for hva jeg vektla i studiens diskusjon og konklusjon. Jeg er kjent med at kvalitative forskere erkjenner at forskeren uunngåelig har innvirkning på forskningsprosessen og kunnskapen som genereres. Dette er forenelig med Braun & Clarke (2013) som sier at resultatene derfor ikke blir de samme om studien utføres på nytt av en annen forsker. Min forforståelse har ikke vært til hinder for at jeg har gjort funn som har fått meg til å reflektere over egen yrkespraksis og som kommer til å endre min tilnærming til behandlingen og ivaretakelsen av pasienten med latent tuberkulose.

Jeg valgte å benytte kvalitativ metode for å få svar på studiens forskningsspørsmål; Hvilke erfaringer har tuberkulosekoordinatorer med behandling og ivaretakelse av pasienten med latent tuberkulose. Metoden ble valgt da den anses som godt egnet til å undersøke erfaringer (Brown & Clarke, 2013; Polit & Beck, 2020).

Jeg valgte individuelle intervju for å samle data om erfaringer. Kvale & Brinkmann (2015, s. 20) sier at «det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden». Intervju synes derfor å være en god fremgangsmåte for å få svar på denne studiens forskningsspørsmål. Polit & Beck (2020, s. 288) sier at «Interviews offer some protection against ambiguous or confusing questions. Interviewers can provide needed clarifications. With questionaries, misinterpreted questions can go undetected". Dette talte også for å benytte intervju I denne studien. I tillegg var det mindre sannsynlig at deltakerne kom til å svare «vet ikke» eller la spørsmål stå ubesvart ved intervju enn ved en spørreundersøkelse (Polit & Beck, 2020).
Pilotintervjuet ble utført ansikt til ansikt, de andre intervjuene ble utført som telefonintervju. Under pilotintervjuet hadde jeg i tillegg til den verbale kommunikasjonen mulighet til å observere deltakerens nonverbale respons, dette kunne bidratt med informasjon jeg senere kunne benytte i analysen av intervjuet. Siden dette var et pilotintervju og resten skulle gjøres som telefonintervju vektla jeg ikke den nonverbale kommunikasjonen. Her kan jeg ha mistet informasjon jeg senere kunne benyttet (Polit & Beck, 2020). Telefonintervjuene på sin side fungerte fint for å innhente informasjon og undersøke erfaringer selv om relasjonen til deltakerne måtte etableres der og da og jeg ikke kunne observere nonverbal reaksjon. (Polit

& Beck, 2020). Alle deltakerne var i forkant informert om intervjuets hensikt og hva det skulle spørres om via tilsendt informasjonsskriv (Vedlegg 2).
Intervjuguiden ble kvalitetssikret ved veiledning. Den ble også benyttet ved pilotintervjuet og justert noe etter tilbakemelding fra den intervjuede.
Jeg hadde ved studiens start ingen erfaring med intervju, det innhentede materialet bærer preg av dette. Datamaterialet ble allikevel rikholdig. Kvale et. al. (2015, s. 84) sier at «kvaliteten på de produserte data i et kvalitativt intervju avhenger av kvaliteten på intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om temaet». Jeg ser at jeg med fordel kunne ha tilegnet meg mere kompetanse om intervju før jeg begynte å intervjue deltakerne og gjerne ha øvd på intervjuer-rollen.
Jeg hadde relasjon med to av deltakerne fra tidligere og er klar over at det kan ha hatt innvirkning på disse intervjuene.

Studiens deltakere besto av et tilfeldig utvalg tuberkulosekoordinatorer og en tuberkulosekoordinator fra pilotstudien. Siden jeg kun fikk 5 deltakere til studien ble pilotintervjuet inkludert. På denne måten fikk jeg totalt 6 individuelle intervju. 6 deltakere var anbefalt av Høgskolen for denne typen studie. Selv om studien kun består av 6 intervju studiens funn av denne grunn ikke kan generaliseres gir de et bilde av hva deltakerne mener er viktig. Studien kan allikevel ha relevans. Dette er forenelig med Brown & Clarke (2013) som sier at funnene kan likevel ha relevans for andre da de kan være overførbare (Braun & Clarke, 2013).

For å analysere datamaterialet benyttet jeg Brown & Clarke (2013) sin anerkjente tematiske analyse. Ved å benytte en kjent og godt utprøvd metode ønsket jeg at etterprøvbarheten i min fremgangsmåte skulle være god og at den kunne gi troverdighet og pålitelighet for studien.

Polit & Beck (2020, s. 806) sier at troverdighet er «The degree of confidence qualitative researchers have in their data and analyses, assesses using the criteria of credibility, transferability, dependability, conformability, and authenticity. Jeg har under arbeidet med denne studien etterstrebet å oppfylle alle disse kriteriene, jeg har fulgt Høgskolens retningslinjer, hatt tett oppfølging og veiledning av kompetent veileder med

forskerkompetanse og har fulgt anerkjent design og forskningsmetode. Studiens funn gir også svar på forskningsspørsmålet.

7.0 Konklusjon

Funn tydet på at tuberkulosekoordinatorene innehadde en lite kjent men krevende rolle i koordineringen av tuberkulosearbeidet i Norge. Hens involvering var avgjørende for at pasienten gjennomførte behandlingen.
Studiens funn tyder på at det var lite kunnskap om (tuberkulose og) latent tuberkulose blant helsepersonell. Funnene tyder på at det var stort behov for økt kunnskap og bevissthet om (tuberkulose og) latent tuberkulose hos helsepersonell generelt, og spesielt hos helsepersonell som er i eller kan komme til å behandle og ivareta disse pasientene. Funn tyder på at behandlingen og ivaretakelsen av pasienten må tilpasses den enkelte pasient. Godt samarbeid mellom behandlingsdeltakende aktører, og mellom aktørene og pasienten var viktige faktorer for behandlingsfullførelse.

Videre forskning på hvordan pasienten med latent tuberkulose blir behandlet, ivaretatt og hva som vil være «best practice» kan være relevant for faglig utvikling og kvalitetssikring.

Forskning, fagutvikling, kvalitetssikring og implementering av ny kunnskap på dette området er arbeid som blant annet den avanserte kliniske allmennsykepleieren i kommune kan bidra til slik at kunnskapen kommer pasientene til gode.

Referanser

Aadnanes O, Wallis S, Harstad I. *A cross-sectional survey of the knowledge, attitudes and practices regarding tuberculosis among general practitioners working in municipalities with and without asylum centres in eastern Norway*. BMC Health Serv Res. 2018 Dec 20;18(1):987. doi: 10.1186/s12913-018-3792-4. PMID: 30572893; PMCID: PMC6302494. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30572893/

Arnesen et. al., /Folkehelseinstituttet (2021). *Tuberkulose i Norge 2021 – med behandlingsresultater for 2020* (ISSN 1894-4868/ Tuberkulose i Norge 2021 – med behandlingsresultater for 2020). Oslo: Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2022/tuberkulose-arsrapport-2021.pdf

Bayingana J. (2022) *Using The RE-AIM Framework to Evaluate the Programmatic Management of Latent Tuberculosis Infection in Maine.* Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects. https://scholarworks.umass.edu/nursing_dnp_capstone/313/

Brataas, H. V. (2011). *Sykepleiepedagogisk praksis : pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (p. 291). Gyldendal akademisk.

Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Reid, K., Donald, F., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Kaasalainen, S., Marshall, D., Charbonneau-Smith, R., & DiCenso, A. (2015). *The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review.* Journal of Evaluation in Clinical Practice, 21(5), 763–781. https://doi.org/10.1111/jep.12401

Braun, & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.

Braun, & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology,* 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Christiansen, B. (2020). *Helseveiledning* (2. utgave.). Gyldendal.

Craig, G. M., Booth, H., Hall, J., Story, A., Hayward, A., Goodburn, A., & Zumla, A. (2008). *Establishing a new service role in tuberculosis care: the tuberculosis link worker. Journal of Advanced Nursing*, *61*(4), 413–424. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04498.x

Craig, G., Daftary, A., Engel, N., O'Driscoll, S., & Ioannaki, A. (2017). *Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries. International Journal of Infectious Diseases*, *56*(C), 90–100. https://doi.org/10.1016/j.ijid.2016.10.011

Dahl, B. M., Buch Mejsner, S., Eklund Karlsson, L., Kostenius, C., Laverack, G., Andersen, H. M., Warne, M., & Lidmark, J. (2021). The Nordic perspective on migration and empowerment. *Health Promotion International*, *36*(1), 216–222. https://doi.org/10.1093/heapro/daaa021

Eriksen, T. H., & Sajjad, T. A. (2020). *Kulturforskjeller i praksis : perspektiver på det flerkulturelle Norge* (7. utgave.). Gyldendal.

Fagerström, L., & Maizels, D. (2019). *Avansert klinisk sykepleie* (1. utgave.). Gyldendal.

Felleskatalogen AS. (n.d.). (2023) *Felleskatalogen*. [Felleskatalogen A/S].

Folkehelseinstituttet (2022, 8.september) *Tuberkuloseveilederen.* https://www.fhi.no/nettpub/tuberkuloseveilederen/

Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator (2011). *Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator* (FOR-2011-12-16-1256). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskrift%20om%20habilitering

Forskrift om Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS- forskriften) (FOR-2003-06-20-740). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-20-740?q=tuberkulosekoordinator

Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie (2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanning i avansert klinisk allmennsykepleie* (FOR-2020-01-03-45). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-45

Forskrift om tuberkulosekontroll. *Forskrift om tuberkulosekontroll.* (FOR-2009-02-13-205). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittsomme%20sykdommer

Haugan, G., & Rannestad, T. (2014). *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (p. 301). Cappelen Damm.

Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44

Helsepersonelloven (2023) *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell

Høgskolen i Østfold (2022, 5.oktober). *Forskningsetiske retningslinjer til forskere ved HIØ.* https://www.hiof.no/for-ansatte/arbeidsstotte/forskningsstotte/regelverk-personvern%20og-etikk/forskningsetikk/forskningsetiske-krav-til-forskere-ved-hio/

Jacobsen D. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utgave.). Cappelen Damm akademisk.

Jantzen, D. (2019). *Refining nursing practice through workplace learning: A grounded theory.* Journal of Clinical Nursing, 28(13-14), 2565–2576. https://doi.org/10.1111/jocn.14841

Jakobsen R, Bergland, Ådel, Hillestad, A. H., & Smebye, K. L. (2022). *Avansert klinisk allmennsykepleie i kommunale helse- og omsorgstjenester* (1. utgave.). Cappelen Damm akademisk.

Jansen-Aaldring, Berg, S., & Hof, S. (2018). *Patient support during treatment for active tuberculosis and for latent tuberculosis infection: Policies and practices in European low-incidence countries.* Journal of Advanced Nursing, 74(12), 2755–2765. https://doi.org/10.1111/jan.13784

Johansen, H., & Helgesen, A. K. (2021). Palliative care in the community – the role of the resource nurse, a qualitative study. *BMC Palliative Care*, *20*(1), 157–157. https://doi.org/10.1186/s12904-021-00860-w

Katrak, S., & Flood, J. (2018). *Latent Tuberculosis and Current Health Disparities in California: Making the Invisible Visible. American Journal of Public Health, 108*, S242-S245. https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304529

Kunin, M., Timlin, M., Lemoh, C. *et al. Improving screening and management of latent*

tuberculosis infection: development and evaluation of latent tuberculosis infection primary care model. BMC Infect Dis **22**, 49 (2022). https://doi.org/10.1186/s12879-021-06925-8

Kvale, Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., p. 381). Gyldendal akademisk.

Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) (2022, 13.november) https://helsedata.no/no/forvaltere/folkehelseinstituttet/meldingssystem-for-smittsomme-sykdommer/

Norsk legemiddelhåndbok (2023), *T1.16 Tuberkulose* https://www.legemiddelhandboka.no/T1.16/Infeksjonssykdommer#Tk-10-554618

Norsk Senter for Forskningsdata (2022, 10. september). *Personverntjenester – Vanlige spørsmål – Hvilke prosjekter må meldes.* https://www.nsd.no/

Norsk Sykepleierforbund (2023, 28. mai), *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer

Orvik, A. (2015). Organisatorisk kompetanse. *Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utgave). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven

Personopplysningsloven (2018) *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38?q=gdpr

Polit, & Beck, C. T. (2020). *Resource manual for nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.). Wolters Kluwer.

Regional Etisk Komité (2022, 10.september). *Om å søke REK – Søknadsplikt – Helseforskning.* https://rekportalen.no/#hjem/home

Schein YL, Madebo T, Andersen HE, Arnesen TM, Dyrhol-Riise AM, Tveiten H, White RA, Winje BA. *Treatment completion for latent tuberculosis infection in Norway: a prospective cohort study*. BMC Infect Dis. 2018 Nov 19;18(1):587. doi: 10.1186/s12879-018-3468-z. PMID: 30453946; PMCID: PMC6245849. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30453946/

Shimamura, T., Taguchi, A., Kobayashi, S., Nagata, S., Magilvy, J. K., & Murashima, S. (2013). *The Strategies of Japanese Public Health Nurses in Medication Support for High-Risk Tuberculosis Patients*. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, *30*(4), 370–378. https://doi.org/10.1111/phn.12010

Searle, A., Park, J., Littleton, J. (2007) *Alliance and compliance in tuberculosis treatment of older Pakeha people in Auckland, New Zealand*. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, Volume 11, Number 1, January 2007, pp. 72-77(6). International Union Against Tuberculosis and Lung Disease

Smittevernloven (1994) *Lov om vern mot smittsomme sykdommer* (LOV-1994-08-05-55). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittsomme%20sykdommer

Statens legemiddelverk. (19.04.23) https://legemiddelverket.no/legemiddelmangel

Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid* (p. 173). Gyldendal.

Szkwarko, Kim, S., Carter, E. J., & Goldman, R. E. (2022). *Primary care providers' and nurses'*

knowledge, attitudes, and skills regarding latent TB infection testing and treatment: A qualitative study from Rhode Island. PloS One, 17(4), e0267029–e0267029. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267029

University of the West of England. (2018, 25.juni) *Thematic analysis – an introduction* (Video). YouTube https://www.youtube.com/watch?v=5zFcC10vOVY

World Health Organization (2022, 6. 0ktober). *Tuberculosis*. https://www.who.int/health-topics/tuberculosis#tab=tab_1

World Medical Association Declaration of Helsinki (2022, 6. September) *Ethical principles for medical research involving human subjects.* https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/

Vedlegg 1

Godkjennelse Norsk Senter for Forskningsdata (NSD)

Vurdering av behandling av personopplysninger

11.11.2022

Referansenummer

302978

Vurderingstype

Standard

Dato

11.11.2022

Prosjekttittel

Behandling av latent tuberkulose - tuberkulosekoordinatorers erfaringer.

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Fakultet for helse, velferd og organisasjon / Institutt for sykepleie, helse og bioingeniørfag

Prosjektansvarlig

[redacted]

Student

[redacted]

Prosjektperiode

01.12.2022 - 01.01.2024

Kategorier personopplysninger

- Alminnelige

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.01.2024.

Vedlegg 2

Vil du delta i forskningsprosjektet:

Behandling av latent tuberkulose - tuberkulosekoordinatorers erfaringer.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *få kunnskap om tuberkulosekoordinatorenes erfaringer* knyttet til behandling av latent tuberkulose. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål
Formålet med undersøkelsen er å få ny kunnskap om arbeidet med behandlingen av latent tuberkulose ut fra de erfaringene som er gjort av et utvalg av tuberkulosekoordinatorer.
Prosjektet er en del av Masterstudium i klinisk sykepleie – Avansert klinisk allmennsykepleie ved Høgskolen i Østfold som avsluttes med en masteroppgave.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?
Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?
Blant landets tuberkulosekoordinatorer tilknyttet Helseforetak er det gjort en trekning hvor 6 tuberkulosekoordinatorer er trukket ut. Du er en av disse og får herved invitasjon til å delta. Informasjon om tuberkulosekoordinatorene er hentet fra Folkehelseinstituttets nettside Tuberkuloseveilederen.

Hva innebærer det for deg å delta?
Hvis du velger å delta i prosjektet , innebærer det at du intervjues. Intervjuet vil gjøres individuelt via digitalt media (zoom, teams e.l.). Det vil gjøres lydopptak og det vil tas notater. Dette vil ta ca. 45 minutter avhengig av hvor mye du ønsker å formidle. I intervjuet vil du få spørsmål om dine erfaringer fra arbeidet med behandling av latent tuberkulose. Informasjonen du deler skal ikke være taushetsbelagt.

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 senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger
Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- De som vil ha tilgang til opplysningene om deg er kun studenten og dennes veileder fra studiestedet (Høgskolen i Østfold)
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen liste adskilt fra øvrige data. Dette lagres innelåst. Koden du tildeles vil være det som identifiserer intervjuet du deltar i.

- Databehandler som skal samle inn, bearbeide og lagre dataene er studenten i dette prosjektet. Transkripsjon av intervjuet vil foregå av studenten i prosjektet.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven eller i eventuell undervisning, publikasjon eller videre forskning etter at oppgaven er ferdigstilt.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?
Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent. Frist for innlevering er 01.01.24. Etter prosjektslutt vil dine personopplysninger slettes.

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:

- Høgskolen i Østfold ved Professor Ann Karin Helgesen. Ann.k.helgesen@hiof.no Masterstudent Hege Nordset hege.nordset@hiof.no .
- Vårt personvernombud: personvern@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

Prosjektansvarlig (Forsker/veileder)

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Behandling av latent tuberkulose - tuberkulosekoordinatorers erfaringer*, og har fått anledning til å stille spørsmål.
Jeg samtykker til:

☐ å delta i intervju.

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3

Intervjuguide til forskningsprosjektet
Behandling av latent tuberkulose – tuberkulosekoordinatorers erfaringer

Spørsmålene:

- Hva er din utdannelse?
- Hvor lenge har du arbeidet som tuberkulosekoordinator?
- Hvor stor stillingsandel som tuberkulosekoordinator har du?

- Hvilke erfaringer har du som tuberkulosekoordinator i forhold til den forebyggende behandlingen av latent tuberkulose?

  Ev. hjelpe/ eller oppfølgingsspørsmål:
  - Kan du fortelle om dine erfaringer når det gjelder å detektere og diagnostisere pasienter med latent tuberkulose?
  - Kan du fortelle om dine erfaringer når det gjelder pasientens forståelse av sykdomsbegrepet latent tuberkulose?
  - Kan du fortelle om dine erfaringer i forhold til utarbeidelse av pasientens behandlingsplan?
  - Kan du fortelle om dine erfaringer når det gjelder pasientens compliance under behandlingen?
  - Kan du fortelle om dine erfaringer når det gjelder smitteoppsporing?
  - Kan du fortelle om dine erfaringer når det gjelder behandling av latent tuberkulose og spesialisthelsetjenesten?

- Kan du fortelle om dine erfaringer når det gjelder behandling av latent tuberkulose og kommunehelsetjenesten?

- Hvilke erfaringer har du i forhold til andre (helsepersonell) sin forståelse av din rolle i behandlingen av latent tuberkulose?

  NB! Ikke spesifikke eksempler på yrkesgrupper e.l fordi jeg ikke ønsker å styre/ påvirke respondenten til noen form for negative utsagn (f.eks: «Hvilke utfordringer har du erfart i forhold til sykepleiere i kommunen?») Om respondenten ønsker å dele slike erfaringer skal det komme uoppfordret.

- Hva anser du at er din aller viktigste arbeidsoppgave som tuberkulosekoordinator?

- Hvilke råd ville du gitt til en nytilsatt tuberkulosekoordinator i forhold til behandlingen av latent tuberkulose?
  - Hvilken begrunnelse?

- Er det noe du vil si eller legge til før vi avslutter?
  - Eventuelt hva?

Hensikten med intervjuet

Hensikten med intervjuet er å få kunnskap om respondentens erfaringer i forhold til behandlingen av latent tuberkulose.

Intervjuet er en del av datasamlingen som inngår i et masterprosjekt som er en del av Masterstudium i klinisk sykepleie – Avansert klinisk allmennsykepleie ved Høgskolen i Østfold. Masterprosjektet er tentativt ferdig i juni 2023..

Etablering av intervjusituasjonen

Blant de ca. 30 tuberkulosekoordinatorene (populasjonen) som er ansatt i Helseforetak i Norge skal det via loddtrekning gjøres et tilfeldig utvalg av 6 personer (utvalget). Utvalget får tilsendt informasjon og invitasjon til å la seg intervjue. De som ønsker å delta

(respondentene) svarer bekreftende på den skriftlige invitasjonen. Intervju av respondenter kan gjennomføres etter skriftlig informert samtykke, respondenten kan når som helst trekke seg.

Respondentene skal intervjues individuelt for å få frem den enkeltes erfaringer.

Respondenten anonymiseres. Intervjuet gjennomføres via digitale (Zoom, Teams, e.l.). Det skal benyttes lydopptak (diktafon). Intervjuet transkriberes. Det skal så gjøres tematisk analyse av teksten. Oversikt over utvalget (identifisering av respondenter) og lydopptak av intervju vil etter masterprosjektets slutt slettes.

Intervjuer etterstreber en lyttende intervjuteknikk. Bevisst unngå debatt, argumentasjon, egne narrativ.

Innledningsvis:

- Takke respondenten for at denne stiller opp.
- Klargjøre hva som er hensikten med intervjuet og intervjuerens rolle.
- Kort gjennomgang av hvordan de innsamlede dataene blir behandlet.
- Fortelle hvordan respondenten skal anonymiseres.
- Minne om at taushetsbelagte opplysninger ikke skal oppgis.
- Minne om å unngå opplysninger som kan vanskeliggjøre anonymisering. Innhente tillatelse til at ev slike opplysninger som fremkommer i intervjuet anonymiseres under transkribering (f.eks. stedsnavn, personnavn, helseforetak, kommune m.m.)
- Avklare tillatelse til at det gjøres lydopptak av intervjuet.
- Avklaring av hvor lang tid intervjuet beregnes å vare.
- Har respondenten noen spørsmål til intervjuet? ev. hva?

Avslutningsvis:

- Tusen takk for at du har stilt opp ☺
- Om det er noe du lurer på i forbindelse med prosjektet er det bare å ta forbindelse.