

Samarbeid mellom fysioterapeuter og sykepleiere ga bedre praksisveiledning

Studenter og tverrfaglig personell i helsehus reflekterte over felles kliniske problemstillinger. Slik fikk de større forståelse for og kunnskap om hverandres utfordringer.

Hanne Mortjernet

Universitetslektor
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet

Torill Margaret Sæterstrand

Dosent
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet

Cecilie Fromholt Olsen

Fysioterapeut/stipendiat
Institutt for fysioterapi, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet

Elsie Hanon

Fagkonsulent
Senter for fagutvikling og forskning (SFF), Oslo kommune og USHT Oslo

Annika Borg Diesen

Spesialkonsulent
Senter for fagutvikling og forskning (SFF), Oslo kommune og USHT Oslo

Geriatri

Fysioterapi

Kommunehelsetjeneste

Hovedbudskap

Vi gjennomførte et tverrfaglig kompetanseutviklingsprosjekt i helsehus i 2019 med søkelys på kommunikasjon og relasjonell kompetanse. Temaet valgte vi på bakgrunn av et ønske fra helsepersonellet ved helsehusene. Evalueringen av prosjektet viser at deltakerne opplevde at det var positivt å delta i kompetanseutviklingen ved helsehusene.

Hensikten med prosjektet Kropp og sjel 2 var at pasienter med psykiske lidelser som var innlagt i helsehus, skulle møte et tjenestetilbud av høyere kvalitet. Helsepersonell og studenter skulle få økt kunnskap om psykiske lidelser, kommunikasjon, samhandling og relasjonell kompetanse.

Helsehusene ble opprettet i kjølvannet av samhandlingsreformen. Prosjektet skulle styrke psykisk helsetjeneste der det vanligvis er en tydelig prioritering av somatisk rehabilitering. Det var også et ønske om å etablere nye praksisplasser innenfor psykisk helse ved sykepleierutdanningen.

Helsehus er en utviklings- og læringsarena

Ledere i helsehus og utdanningsinstitusjoner står overfor en del utfordringer når samfunnsoppdraget som gjelder kompetanseutvikling, skal ivaretas. Ifølge Kompetanseløft 2020 (1) er det utfordrende å rekruttere og beholde kvalifisert helsepersonell i kommunene.

Kommunene bør satse på å iverksette kompetanseutvikling blant ansatte slik at de blir bedre i stand til å møte aktuelle utfordringer i praksis. Samarbeid mellom utdanningsinstitusjoner og praksisfeltet kan bidra til samskaping og innovasjon som har betydning for deltakerne (2).

Helsehusene i Oslo har tidligere vært involvert i andre kvalitetsutviklingsprosjekter med søkelys på kropp og sjel. Dette prosjektet er en videreføring av Kropp og sjel 1. Helsehus er en læringsarena for studenter, som vil ha stor nytte av at ansatte har veiledningskompetanse (3).

«Helsehus er en læringsarena for studenter, som vil ha stor nytte av at ansatte har veiledningskompetanse.»

Læring i praksis utgjør 50 prosent av utdanningsløpet ved sykepleierutdanningen (4). Hvorvidt studentene har gode praksisopplevelser, avhenger av tilfeldigheter (5). Regjeringen har utarbeidet en forskrift som har som formål å gjøre helsefagutdanningene likere, mer fremtidsrettet og fokusert på tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov (6).

Det gjør at samskaping mellom utdanningene og praksisfeltet er sentralt. Forbedringsarbeid og kvalitetsheving gjennom kompetanseutvikling er definert som et ledelsesansvar i helse- og omsorgstjenesten. Forankring i ledelsen på alle nivåer kan vises i praksis og er avgjørende for implementering av ny kunnskap ut fra virksomhetens behov (7).

Helsehus tilbyr kortvarige opphold for eldre

Læringsarenaen for studentene i dette prosjektet var praksis i helsehus i Oslo-området. Helsehusene tilbyr kortvarig opphold for eldre mennesker med nedsatt funksjonsevne med henblikk på rehabilitering og optimalisering av deres helsetilstand. Helsehus benyttes for øvrig som et verdig tilbud i livets slutfase.

Omsorgstilbudet skal gi profesjonelle omsorgstjenester med en helsefremmende tilnærming. Korttidsopphold på helsehus er tidsbegrenset og kan vare fra én dag inntil tolv uker. Målet med korttidsoppholdet er å kartlegge helsetilstand, hjelpebehov og opptrening, slik at den eldre kan komme tilbake til sitt eget hjem.

Oppholdet planlegges med utgangspunkt i pasientens ressurser og behov. Ansatte ved helsehusene er leger, sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og annet helsepersonell. I tillegg er helsehusene læringsarenaer for ulike studentgrupper.

Metode

Vi brukte prosjektorganisering som metode i prosjektet. Arbeidsgruppen besto av en prosjektleder lokalt ved de ulike helsehusene i tillegg til prosjektets arbeidsgruppe. Gruppene hadde jevnlig møter og planla aktiviteter sammen.

Styringsgruppen deltok i møter og ble informert om fremdriften. Pasienter, pårørende, medarbeidere og andre interesserte fikk informasjon om prosjektet. De ulike profesjonenes tilnærminger til pasientene i prosjektet har vært kunnskapsbasert. Det var frivillig deltakelse i prosjektet. Taushetsplikt gjaldt ved alle veiledninger etter vanlig praksis.

Det var fagseminarer ved hvert helsehus

Læringsaktivitetene bestod av fire fagseminarer ved hvert helsehus. Deltakerne var helsepersonell ved fire helsehus i Oslo og studenter ved bachelorutdanningene i fysioterapi og sykepleie ved Oslomet.

Undervisningen ble gjennomført som dialogundervisning. Det var i hovedsak læringsaktiviteter som veiledning i tverrprofesjonelle grupper, praktiske øvelser og refleksjon.

«Læringsaktivitetene bestod av fire fagseminarer ved hvert helsehus.»

I tillegg var det 16 veiledninger per helsehus i tverrprofesjonelle grupper som et drop-in-tilbud. Ansatte ved hvert helsehus veiledet studenter i fire praksisperioder. På grunn av turnover i personalet samt skifte av studenter valgte prosjektgruppens veiledere drop-in i stedet for prosessorientert veiledning i grupper.

Veilederne var ansatt ved SYE, USHT, SFF og sykepleie- og fysioterapiutdanningen ved Oslomet. Det var to velkomstdager for praksisveiledere med søkelys på hvordan man kan finne gode læresituasjoner relatert til sykepleiestudentenes læringsutbytter.

Personellet og studentene evaluerte aktivitetene

Helsepersonellet og studentene evaluerte fagseminarene både muntlig og skriftlig. De tverrprofesjonelle gruppeveiledningene ble evaluert muntlig. I etterkant av prosjektet var det evalueringsmøte med de lokale prosjektlederne, som oppsummerte sine erfaringer.

Resultater

Metoden med tverrfaglige fagseminarer og veiledninger i samarbeid med flere aktører bidrar til økt oppmerksomhet, forståelse og kunnskap om å møte personer med psykiske utfordringer. Utfallet er avhengig av andre faktorer, som tiltak for å fortsette å styrke praksisveiledernes kompetanse og trygghet i å veilede studenter innenfor psykisk helse.

Det er avgjørende med ro og mulighet til å sette av tid til å arbeide med prosjektet og at det ikke kommer samtidig som mange andre oppgaver, prosjekter eller omstillinger. Engasjerte og ivrige ledere som støtter kunnskapsløftet, god organisering av seminarer og veiledninger, er nødvendige faktorer for å lykkes med forbedringsarbeid generelt.

Diskusjon

Økt tverrfaglig samarbeid er et nasjonalt mål

Det var gode tilbakemeldinger på det tverrprofesjonelle perspektivet i prosjektet. Økt samarbeid og samhandling på tvers av nivåer og profesjoner er et uttalt helse- og velferdspolitisk mål.

Departementet påpeker at fremtidens organisering og arbeidsmåter i tjenesten vil kreve både en solid profesjonsfaglig kompetanse og evne til samarbeid på tvers av profesjoner, tjenester og forvaltningsnivåer (8).

«Det var gode tilbakemeldinger på det tverrprofesjonelle perspektivet i prosjektet.»

Hensikten med de tverrprofesjonelle veiledningene i prosjektet var å lage et møtepunkt for studenter og medarbeidere der de kunne diskutere og reflektere over felles kliniske problemstillinger ut fra egne faglige perspektiver.

Sykepleiestudentene opplevde at de fikk kunnskap om tverrprofesjonell samhandling i gruppeveiledningene. For fysioterapistudentene kom dette som et tillegg til ordinær praksis. De hadde ikke søkelys på psykisk helsearbeid i sin egen praksis, men de var veldig fornøyde etter at veiledningen var gjennomført.

En utfordring var at fysioterapeutene ikke hadde praksis på samme avdeling. Kontaktsykepleierne trakk frem at det var nyttig med velkomstdager som omhandlet veiledning i praksis.

Ikke alle følte seg trygg på å veilede studenter

Det varierer en del i de ulike helsehusene og avdelingene hvorvidt kontaktsykepleierne følte seg trygg på å veilede studenter i praksis i psykisk helse. Det skal være godt nok å veilede ut fra sin egen bachelorutdanning, men flere følte seg utrygg på den spesifikke kunnskapen om miljøterapi, sykdomslære og relasjons- og kommunikasjonskompetanse.

Oslo som storby har et stort antall mennesker med ulik yrkesbakgrunn og nasjonaliteter. Det fører til at flere med bakgrunn fra en annen kultur og med et annet innhold i bachelorutdanninger arbeider som helsepersonell. I Norge er psykisk helsearbeid en integrert del av utdanningen.

Mange kontaktsykepleiere fortalte at de føler seg tryggere på prosedyrepreget arbeid av somatisk karakter. Driften ved helsehusene har somatiske problemstillinger i fokus, og de opplevde arbeidet som oppgaveorientert. De beskrev at det ofte er mangel på tid til å gå inn i mer tidkrevende prosesser som kreves for en god relasjonsbygging og tilrettelagt miljøbehandling.

Fagseminarer og veiledninger gir kompetanseheving

Det viser seg at tverrfaglige fagseminarer fungerer godt med tanke på at mange hører det samme, og at det blir en felles forståelse for utfordringer og mulige faglige innspill til løsninger og tiltak.

Organisering av veiledning kan påvirke utfallet: at alle møter opp til riktig tid og plass, at de får opp en felles case, og at de ansatte blir fortrolig med veiledning som metode (9). De ansatte uttalte at de ønsker et basisopplegg å velge fra innenfor psykisk helse.

«Det blir en felles forståelse for utfordringer og mulige faglige innspill til løsninger og tiltak.»

På bakgrunn av erfaringer fra prosjektet om kompetansebehov som ble avdekket, er det utarbeidet en digital kompetansepakke om temaet miljøbehandling som ansatte og studenter kan ha nytte av i fremtiden (10).

Konklusjon

Dette prosjektet har vist at det skjer samskaping mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet ved å ha et felles mål. Å samarbeide om utviklingsprosjekter i praksis bidrar til at organisasjoner får større forståelse og kunnskap om hverandre.

Dette har stor betydning for at helsepersonell, veiledere, lærere og studenter på samme læringsarena får utviklet sin fagkompetanse, noe som er til beste for pasientene.

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Referanser

1. Grut L, Lippestad J-W, Monkerud LC, Zeiner HH, Nesje K, Olsen DS, et al. Evaluering av Kompetanseløft 2020. Delrapport II. Oslo: Sintef AS, NIBR, NIFU; 2020.
2. Willumsen E, Ødegård A. Samskaping. Sosial innovasjon for helse og velferd. Oslo: Universitetsforlaget; 2020.
3. Desprée AW, Sie IM, Svendsen L, Ramthun S. Sykepleiestudenter kan få medisinsk praksis på helsehus. *Sykepleien* 2019;107(77134):(e-77134). DOI: [10.4220/Sykepleiens.2019.77134](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.77134)
4. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2008. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf (nedlastet 13.05.2022).

5. NOKUT. Til glede og besvær – praksis i høyere utdanning. Oslo: NOKUT; 2018. Hentet fra: https://www.nokut.no/globalassets/nokut/rapporter/ua/2018/hegerstrom_turid_til_glede_og_besvar_praksis_i_hoyere_uttanning_3-2018.pdf (nedlastet 13.05.2022).
6. Kunnskapsdepartementet. Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Oslo: Regjeringen; 2021. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/uttanning/hoyere-uttanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/> (nedlastet 13.05.2022).
7. Forskrift 28. oktober 2016 nr. 1250 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2016. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> (nedlastet 13.05.2022).
8. Universitets- og høgskolerådet. UHR-prosjektet. Felles innhold i de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene. Oslo: Universitets- og høgskolerådet; 2015. Hentet fra: https://www.uhr.no/_f/p1/iac4ec92c-90e1-4fca-8c71-6d88568834a0/2015-felles_innhold_290515_1500.pdf (nedlastet 13.05.2022).
9. Handal G, Lauvås P. Veiledning og praktisk yrkesteori. Oslo: Cappelen Damm; 2015.
10. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Målrettet miljøbehandling. Oslo: Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester; 2021. Hentet fra: <https://www.utviklingssenter.no/miljobehandling> (nedlastet 13.05.2022).

FAGUTVIKLING

Ansatte i helsehus må ha kompetanse i psykisk helsearbeid

Det tverrfaglige prosjektet «Kropp og sjel» førte til at ansatte og studenter i helsehus ble tryggere i møte med pasienter med sammensatte helseutfordringer.

Hensikten med «Kropp og sjel» var å bidra til et tverrfaglig kompetanseløft for studenter og ansatte knyttet til temaene samhandling, kommunikasjon og relasjoner i møte med pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer.

Målet var at kompetanseløftet skulle gi bedre helsetjenester for pasientene, bedre tverrfaglig samarbeid og et tryggere arbeidsmiljø for de ansatte. I tillegg var målet at prosjektet skulle bidra til etablering av nye praksisplasser innen psykisk helsearbeid og rus for bachelorstudenter i sykepleie.

Et uttalt helsepolitisk mål er at kvaliteten for sykepleierstudenter i praksis skal være høy, da 50 prosent av studiet er praksisstudier (1).

Flere hadde problemer med rus og psykisk helse

Som en følge av samhandlingsreformen, som trådte kraft i 2012 (2), samlet Oslo kommune i 2015 korttidsavdelinger og rehabiliteringsavdelinger fra alle byens sykehjem i fire helsehus.

Hensikten med å etablere helsehusene var å samle fagkompetanse, redusere liggetid og tilrettelegge for at pasientene kunne reise hjem med videre oppfølging fra hjemmetjenesten, eller alternativt få oppfølging eller behandling på andre institusjoner.

Flere yngre pasienter ble innlagt med rehabiliteringsbehov og hadde samtidig aktive psykiske lidelser og rusproblemer. Det ga personalet mange nye utfordringer. Pasientene var i hovedsak eldre, men enkelte var fra 25 år og oppover.

Målgruppen skulle utvikle et bedre klinisk blikk

Samhandlingsreformen (2) medførte at ansatte og studenter møtte større utfordringer med tanke på å ivareta pasienter med psykiske lidelser i tillegg til fysiske sykdommer og rehabiliteringsbehov.

Det medførte et behov for kompetanseheving i psykisk helsearbeid. Hensikten var at målgruppen for prosjektet skulle få «psykisk helse-briller» på, samt å utvikle et bedre klinisk blikk for å se kropp og sjel i sammenheng.

«Et av tiltakene for å møte behovet for kompetanseheving var prosjektet ‘Kropp og sjel’.»

Et av tiltakene for å møte behovet for kompetanseheving var «Kropp og sjel», et samarbeidsprosjekt mellom avdeling for kvalitet og utvikling i Sykehjemsetaten, Senter for fagutvikling og forskning / Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (SFF/USHT Oslo) og ergoterapi-, sykepleie- og fysioterapiutdanningene ved Oslomet.

Prosjektet ble gjennomført fra 2015 til 2017 og ble støttet med samhandlingsmidler fra Høgskolen i Oslo og Akershus (nå: Oslomet).

Metode

Vi arrangerte fokusgruppeintervju 1 før prosjektoppstarten, der vi intervjuet sju-åtte ansatte i helsehuset om deres egen opplevelse av kompetanse i klinisk psykisk helsearbeid.

I løpet av prosjektperioden arrangerte vi fire tverrfaglige fagseminarer, som var basert på læringsbehovene fra de ansatte fra fokusgruppeintervjuet. Foredragsholderne representerte ulike faggrupper og kom fra spesialisthelsetjenesten, Oslomet og kommunen.

Parallelt med fagseminarene gjennomførte vi tverrfaglige gruppeveiledninger med ansatte og studenter. I tillegg var det ordinær studentveiledning på Oslomet. Gruppeveilederne kom fra Oslo kommune ved SFF/USHT og fra Oslomets institutter for sykepleie, ergoterapi og fysioterapi.

Som et ledd i evalueringen av kompetansehevingsprosjektet gjennomførte vi fokusgruppeintervju 2 etter at prosjektet var avsluttet. Temaet var betydningen av aktivitetene i prosjektet for medarbeiderne.

Etikk

I forbindelse med fokusgruppeintervjuene innhentet vi godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD nummer 48856).

Alle deltakerne i prosjektets fokusgruppeintervjuer fikk informasjon om at det var frivillig å delta, og at de kunne trekke seg uten konsekvenser. De som valgte å delta, fylte ut informert skriftlig samtykke. Alle persondata fra prosjektet er anonymisert.

De ansatte hadde behov for mer kompetanse

I fokusgruppeintervjuet innledningsvis i prosjektperioden kartla vi de ansattes behov for kompetanseheving. Her kom det frem at de hadde behov for kompetanse om psykisk sykdom, miljøterapi og behandlingstilnærming til personer med psykose og uro, spesielt ved risiko for utagering.

Andre problemstillinger deltakerne nevnte, var hvordan man skulle jobbe med pasienter som ikke var motivert for å trene, noe som påvirket rehabilitering og utskrivingsprosessen til deres eget hjem eller boligen/institusjonen.

Fagseminarene og veiledningene var basert på behovene for kompetanseheving som kom frem i fokusgruppe 1. Kunnskap om komorbiditet, for eksempel hvordan psykose eller angst og depresjon kan påvirke pasientens funksjon og motivasjon for å rehabilitere en somatisk tilstand, var etterspurt.

En av de ansatte hadde innledningsvis flere grunnleggende spørsmål: «Hvordan skal jeg klare å hjelpe noen når jeg ikke klarer å nå personen? Hvordan skal jeg oppføre meg? Kan jeg gå inn i deres verden?»

Lovverket skiller ikke mellom fysisk og psykisk helse

Som pasient har man rett til nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det er en forutsetning at kommunen er i stand til å gi forsvarlig hjelp. Ellers må pasienten henvises videre til spesialisthelsetjenesten (3).

Lovverket skiller ikke mellom fysiske og psykiske helseproblemer. Det var derfor en motivasjon for en større satsing på kompetanseheving innen psykisk helsearbeid.

Kunnskap om hvor helsearbeidere kan henvende seg for å få bistand til å håndtere pasienters psykiske vansker, kom frem som et viktig tema: «Når jeg jobber med pasienter som har utfordringer med sin stomi, med kreftbehandling eller palliasjon, så vet jeg hvor jeg henvender meg, men ikke når det gjelder psykiatri.»

«De ansatte var mer nysgjerrige og lurte på hva som kunne være grunnen til atferd som de observerte.»

Etter at prosjektet var avsluttet, arrangerte vi et nytt fokusgruppeintervju. Der kom det frem at de ansatte så på seg selv som mer observante. De oppdaget tegn på depresjon og angst og viste større interesse og forståelse for pasienter med psykose.

De ansatte var mer nysgjerrige og lurte på hva som kunne være grunnen til atferd som de observerte. For eksempel nevnte de at de var mer observante på tegn til initiativløshet, tilbaketrekning, irritasjon og mistenksomhet hos pasientene.

De ansatte tenkte nå på mulige underliggende psykiske årsaker i samhandling med pasientene. De beskrev en større forståelse for psykiske utfordringer og sammenhenger mellom kroppslige og psykiske plager.

Ansatte var mer faglig kompetente etter prosjektet

Ansatte ga i fokusgruppeintervju 2 uttrykk for at de så annerledes på pasientene etter prosjektperioden. De så på seg selv som mer faglig kompetente og hadde større grad av faglig trygghet og selvtillit enn før prosjektet.

En av de ansatte beskrev det slik: «Før tenkte jeg: Å nei, psykisk syk! Nå tenker vi ikke over det i det hele tatt, nå er det bare en del av pasientens problemer.»

Flere av de ansatte fremhevet nytteverdien av å se animasjonsfilmer på fagseminarene. I filmene var det beskrivelser av hvordan personer opplevde å være i en psykose. Det påvirket personalets forståelse for pasientens opplevelse, og en ansatt uttrykte seg slik:

«Det var den verdenen. At det virkelig var sånn de opplever det? Jeg har jo skjønt det, men å se det i bilder, herregud ... at det kunne være virkeligheten deres !?!»

Mer tid var en nøkkel for å lykkes

De ansatte beskrev i fokusgruppeintervju 2 hvordan tid, strukturer, rammer og en oppgavepreget organisering påvirket klinisk daglig praksis og tilbudet til pasientene. De beskrev et dilemma når de hadde ansvar for mange pasienter. Tiden de brukte til relasjonsbygging med en pasient, kunne føre til at andre pasienter måtte vente på hjelp.

Personalet mente at mer tid var en nøkkel for å lykkes. De formidlet at arbeidsrutinene i mindre grad var lagt til rette for tidkrevende relasjonsarbeid, at organiseringen av de daglige gjøremålene og strukturen i avdelingen var mer oppgave- og prosedyreorientert, og at bestillingen fra bydelene som disponerte korttidsplassene, ofte var av somatisk karakter.

«I fokusgruppeintervjuet kom det frem at det er tidkrevende å oppfordre til trening når pasienten ikke er motivert.»

En utfordring dreide seg derfor om hvordan den økte kompetansen i relasjonsarbeid kunne brukes i en oppgavepreget kontekst med mye oppmerksomhet på fysisk funksjon og somatiske problemstillinger.

I fokusgruppeintervjuet kom det frem at det er tidkrevende å oppfordre til trening når pasienten ikke er motivert. En av de ansatte fortalte: «De (pasientene) kan bli fort lei seg, de gråter, de avviser folk og personalet, nekter å få hjelp. Det er bare å gi dem tid, faktisk.»

De ansatte etterlyste klare retningslinjer

De ansatte beskrev betydningen av å skape en relasjon, men at de ikke hadde den tiden som var nødvendig for å følge opp og bygge opp tillit hos pasienter som var redde eller sinte.

De etterlyste klare retningslinjer for praksis innenfor psykisk helsearbeid og mer kunnskap, slik at de kunne handle kunnskapsbasert og utføre praksis på samme måte som i somatikken. De uttrykte et ønske om klare prosedyrer – noe som kanskje kan utfordre relasjonsarbeidets krav om fleksibilitet og skjønn.

Erfaringene fra fokusgruppe 2 viste at den oppgavefokuserende driften i avdelingen etter at prosjektet var over, ble utfordret etter kompetansehevingen. De ansatte fokuserte på tidsbruk i relasjonsarbeid i konkurranse med tid til de praktiske oppgavene.

De diskuterte hvordan kunnskap om godt relasjonsarbeid kunne føre til bedre ivaretagelse av pasienten og gi større handlingskompetanse innen psykisk helsearbeid.

Noe av tanken med å ha «psykisk helse-briller» på var å kunne utvikle et bedre klinisk blikk for å se kropp og sjel i sammenheng. Det kan bidra til at rehabiliteringstiden forkortes og psykiske utfordringer forebygges og ivaretas.

Veiledningene ga studentene bedre innsikt

I prosjektets fellesveiledninger diskuterte deltakerne de ulike profesjonenes tilnærminger og perspektiver. Personer med ulik fagbakgrunn ga veiledning om hvordan sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og helsefagarbeidere kommuniserer med pasienten, og hvilke metoder de bruker (4–6).

I enkelte veiledningstimer var det veiledere fra flere utdanninger, noe som deltakerne fikk stort utbytte av. Deltakerne ga uttrykk for at veiledningene ga dem bedre innsikt i og forståelse for andre profesjoners kompetanse.

«I enkelte veiledningstimer var det veiledere fra flere utdanninger, noe som deltakerne fikk stort utbytte av.»

Det bidro til at de fikk lavere terskel for å kontakte andre yrkesgrupper. Fagseminarene inneholdt temaer som tok utgangspunkt i de ulike profesjonenes perspektiver, hvilket førte til at helsepersonellet uansett profesjon kjente seg godt igjen i de ulike forelesningene.

Det tverrfaglige perspektivet var positivt

De ansatte evaluerte det tverrfaglige perspektivet i veiledninger og fagseminarer positivt. Å verdsette det tverrfaglige krevde imidlertid refleksjon, slik en av de ansatte beskrev det:

«[...] du legger ikke merke til at det er tverrfaglig før du må sette deg tilbake og se. Studentene gjør jo det. Så det synes jeg var kjempemorsomt. Hvordan det skapte en behandelingshelhet for pasienten [...]»

Det var gode tilbakemeldinger på at foreleserne kom fra ulike instanser, som spesialisthelsetjenesten, Oslomet, kommunens ulike tilbud og ideelle organisasjoner i tillegg til brukererfaringer. Det førte til en gjensidig utveksling av erfaringer, noe som ga foreleserne økt forståelse for hverdagen i helsehusene.

I veiledningen kom det frem at sykepleierstudentenes mulighet til å konsentrere seg om den enkelte pasienten førte til at de kunne sette opp en behandlingsplan. Det viste seg å være så nyttig at den ble brukt på nytt når pasienten kom inn igjen på rullerende opphold, eller som utgangspunkt for andre pasienter med liknende problematikk.

Det bidro til forutsigbarhet for pasienter som kom tilbake til nye opphold på helsehuset, og det var tidsbesparende for personalet.

Personalet merket en endring hos studentene

I begynnelsen av prosjektet var det utfordrende for personalet å skulle veilede sykepleiestudenter fra andre studieår med praksis i psykisk helsearbeid og rus. Personalet var vant til å veilede studenter i første studieår, som skulle lære grunnleggende sykepleie.

Etter at studentene hadde vært der i et par perioder, opplevde personalet en endring: Studentene ble mer bevisst på det psykiske helsearbeidet i avdelingen. Etter at prosjektet var ferdig, valgte avdelingen å avvente tilbud om praksisplasser innen psykisk helse fordi rammene fortsatt var uendret.

Enkelte praksisveiledere følte at det var krevende å veilede i psykisk helsearbeid når de ikke hadde formell spesialistkompetanse. Fysioterapi- og ergoterapistudentene hadde allerede etablerte plasser innenfor psykisk helse og rus på andre praksisplasser.

Konklusjon

Funn fra fokusgruppeintervju 1 før prosjektstarten viste at personalet ønsket større kompetanse i psykisk helsearbeid. De ønsket klare og konkrete prosedyrer.

Tiden de skulle bruke på for eksempel relasjonsarbeid, konkurrerte med tiden til praktiske oppgaver, og det utfordret den oppgavefokuserede driften i avdelingen. I fokusgruppe 2 etter prosjektet viste det seg at de ansatte opplevde økt kompetanse og større bevissthet om allerede eksisterende kompetanse på fagfeltet.

De ansatte så på seg selv som mer observante. De la merke til tegn på depresjon og angst, viste større interesse og forståelse for pasienter med psykose og så sammenhenger mellom kroppslige og psykiske plager. De nærmet seg pasientene på en annen måte og brukte i større grad behandlingsplaner med vekt på psykisk helse i tillegg til de somatiske problemstillingene.

Det var også positive tilbakemeldinger på det tverrfaglige perspektivet i veiledninger og fagseminarer. Målet om at prosjektet skulle bidra til å etablere nye praksisplasser i psykisk helsearbeid og rus for sykepleie-, ergoterapi- og fysioterapistudenter, ble ikke oppfylt i prosjekttiden.

Det kan likevel se ut som at et lokalbasert *bottom-up*-prosjekt som «Kropp og sjel» kan bidra til viktig kompetanseheving blant ansatte i omstillingsprosesser, for eksempel omorganisering fra sykehjem til helsehus, noe som innebærer nye arbeidsoppgaver.

Referanser

1. Hovdhaugen E, Nesje K, Reegård K. Hvordan sikre at sykepleiestudentene oppnår læringsutbyttet i praksisstudiene: jakten på gode eksempler. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU); 2021. Rapport 2021-1. Tilgjengelig fra: <https://nifu.brage.unit.no/nifu-xmlui/handle/11250/2725062> (nedlastet 14.10.2021).
2. St.meld. nr. 47 (2008-09). Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> (nedlastet 14.10.2021).
3. Lov 1. januar 2001 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (nedlastet 14.10.2021).

4. Høgskolen i Oslo og Akershus. Programplan for bachelorstudiet i ergoterapi. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2015. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/2696332-Programplan-for-bachelorstudiet-i-ergoterapi.html> (nedlastet 14.10.2021).
5. Høgskolen i Oslo og Akershus. Programplan for bachelorstudiet i fysioterapi. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/16693314-Programplan-for-bachelorstudium-i-fysioterapi-studieretning-mensendieck.html> (nedlastet 14.10.2021).
6. Høgskolen i Oslo og Akershus. Programplan for bachelorstudiet i sykepleie. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/11263445-Programplan-bachelorstudium-i-sykepleie.html> (nedlastet 14.10.2021).

FAGUTVIKLING

Bruk av rusmidler er utbredt hos personer med psykoselidelse

Når helsepersonell kartlegger pasientenes sykdom, er det nødvendig å spørre hver enkelt om deres bruk av rusmidler og hvilken funksjon bruken har.

Kvalitativ studie

Psykisk lidelse

Stoffmisbruk

Rus

Rusmiddel

Profesjonelle helsearbeidere spør sjelden hvorfor og hvordan pasienter med alvorlige psykiske lidelser bruker rusmidler når det er grunn til å tro at de gjør det.

I denne artikkelen, som bygger på mitt doktorgradsarbeid fra 2015, redegjør jeg for hvilke erfaringer en gruppe pasienter med psykoselidelse og samtidig ruslidelse i oppsøkende behandling har med rusmidler.

Vi vet lite om psykoselidelse og rusbruk

Personer med alvorlig psykisk lidelse er mer tilbøyelige til å bruke rusmidler enn andre (1, 2). Internasjonal forskning viser at disse personene skårer dårligere enn andre på viktige levekårsindekser (3), er vanskelige å få i behandling og har en tendens til å droppe ut av behandlingen (4).

Behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP-lidelse) gjøres både i psykisk helsevern, i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og til en viss grad i kommunene.

Selv om vi vet mye om de skadelige virkningene av rusmidler, finnes det også forskning som viser at visse rusmidler i et gitt omfang har en positiv effekt for brukerne dersom de ikke bruker det for ofte, og ikke bruker for sterke rusmidler (5).

Men vi vet fortsatt lite om hvorfor og hvordan personer med psykoselidelse ruser seg. Er det tilfeldig hvilke rusmidler de bruker, i hvilke mengder, og hvor ofte de bruker det? Og er det slik at personer med en spesifikk psykiatrisk diagnose foretrekker bestemte typer rusmidler fremfor andre?

Stadig flere får behandling i ACT-team

Som en del av regjeringens satsing på samhandling i psykisk helsefeltet bevilget Helse- og omsorgsdepartementet gjennom statsbudsjettet for 2010 midler til opprettelse og drift av Assertive Community Treatment-team (ACT-team) i Norge.

I løpet av perioden 2008–2012 startet departementet opp 14 slike team. Parallelt startet en forskningsbasert evaluering av disse teamene. Evalueringen viste at de som var inkludert i ACT, hadde redusert behov for innleggelse på sykehus og ble i mindre grad enn ved annen behandling underlagt tvangsvedtak (6).

I de påfølgende årene har stadig flere med ROP-lidelser fått behandling og oppfølging i ACT-team eller Flexible Assertive Community Treatment-team (FACT-team), som har blitt et satsingsområde for helsemyndighetene.

De fleste hadde en psykisk lidelse først

Denne studien hadde et deskriptivt og eksplorativt design med en fenomenologisk tilnærming. Den handlet om forskningsdeltakernes livserfaringer og er beskrevet i tidligere arbeider (7–9).

Jeg gjennomførte til sammen 20 individuelle intervjuer med et utvalg av brukere (n = 11) med ROP-lidelse inkludert norske ACT-team. Inklusjonskriteriene var oppnådd bedring på områdene livskvalitet og/eller funksjonsnivå og/eller rusmiddelbruk etter minimum tolv måneder i behandling.

«Flesteparten brukte flere typer rusmidler, men hadde ikke utviklet avhengighet.»

Deltakerne var ni menn og to kvinner i alderen 27–63 år. De fleste var diagnostisert med schizofreni eller schizoaffektiv lidelse, men det var også deltakere med bipolar og uspesifisert psykoselidelse. For de fleste av deltakerne hadde den psykiske lidelsen vært fremtredende før de begynte med rusmidler.

Flesteparten brukte flere typer rusmidler, men hadde ikke utviklet avhengighet. De rusmidlene som deltakerne benyttet hyppigst, var cannabis og amfetamin. Også alkohol ble benyttet, men i noe mindre grad.

Alle deltakerne bodde alene

De fleste ruset seg tre–fire ganger per uke, ofte i sammenheng med økte symptomer på den psykiske lidelsen. Fire av deltakerne hadde sluttet helt med rusmidler.

Alle bodde alene, de fleste i en bolig de leide gjennom kommunen, mens to av deltakerne eide leiligheten de bodde i. Fire av deltakerne var i lønnet arbeid, enten i praksisplass gjennom Nav eller annet tilrettelagt tilbud. De øvrige var helt eller delvis uføretrygdet.

Jeg gjennomførte individuelle intervjuer hjemme hos deltakerne eller i et egnet møterom i ACT-teamets lokaler. Intervjuene hadde en varighet på om lag en time. Deretter analyserte jeg den transkriberte teksten fra intervjuene med systematisk tekstkondensering (10).

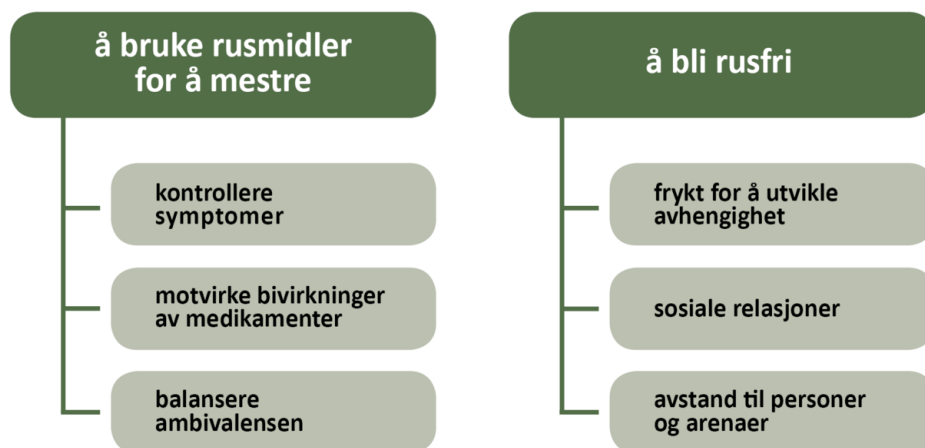
Forholdet til rus var motsetningsfylt

Deltakerne i studien hadde et motsetningsfylt forhold til rusmidler. På den ene siden ga rusmidler dem positive opplevelser og var en måte å mestre den psykiske lidelsen på.

På den andre siden hadde de fleste også negative erfaringer med bruk av rusmidler og hadde etablert strategier for å kutte ut eller redusere bruken.

Hovedtemaene og undertemaene jeg kom frem til i studien, kan vi se i figur 1.

Figur 1. Hovedtemaer og undertemaer som kom frem under analysen.



Alkohol dempet angst og depresjon

Jeg undersøkte hvordan ulike emosjonelle tilstander ble påvirket av rusmidler. Noen av deltakerne som brukte eller hadde brukt alkohol regelmessig, forklarte at hensikten med alkoholbruken var å dempe angst og depresjon og ta en pause fra alt som var vanskelig i livet.

«Noen mente at alkohol var mindre skadelig enn illegale rusmidler.»

Noen mente at alkohol var mindre skadelig enn illegale rusmidler. Andre uttrykte en forkjærlighet for cannabis eller amfetamin og omtalte alkohol i negative ordelag ved at den ofte skaper større problemer både for enkeltindivider og på samfunnsnivå.

Årsakene de oppga for å bruke rusmidler, var at det både var en måte å unnsnippe ubehagelige tilstander på og en mulighet til å fokusere på noe annet. De forklarte dette ved hjelp av uttrykk som pause, avbrudd eller flukt.

Noen hadde utviklet strategier for å innarbeide slike «timeouts» i sin hverdag, mens det skjedde mer vilkårlig for andre.

Cannabisbruk mildnet indre stemmer

En av deltakerne (mann, 45 år) var diagnostisert med paranoid schizofreni og hadde brukt alkohol i mange år som en bevisst strategi for å håndtere angst og depressive tanker:

«Det går en periode på 24 dager, og så kommer det 12 øl som stopper det vanskelige [...] som en pause. Og det er å være et annet sted fordi du er full. Altså, da er jeg er fornøyd når jeg begynner på blanke ark og fortsetter 24 dager til. Og så kommer det tolv øl [...] og så går jo livet sånn, da. Så får du jo kanskje en takk av Gud eller et eller annet fordi du har greid det.»

Flere av deltakerne anså bruk av cannabis som en måte å håndtere indre stemmer på. I de fleste tilfellene kunne cannabisbruk mildne påvirkningen av høye og dominerende eller befalende stemmer.

Amfetamin kunne regulere maniske faser

Bruken av amfetamin så ut til å ha mange funksjoner. Et anvendelsesområde var å regulere eller initiere maniske faser ved bipolar lidelse. De av deltakerne dette gjaldt, forklarte at mani som var fremskyndet av amfetamin, var lettere å håndtere enn andre maniske episoder.

Fordi kontroll og stabilitet er viktig ved en bipolar lidelse, så de på amfetamin som et virkemiddel til å få hyppigere maniske faser, men at fasene var mindre dramatiske enn uten påvirkning av amfetamin.

Amfetamin syntes å være det foretrukne rusmiddelet når det gjaldt å håndtere plagsomme bivirkninger av antipsykotika. Vektøkning og medfølgende inaktivitet ble rapportert av mange av deltakerne som hadde brukt slike medikamenter.

Antipsykotika gjorde deltakerne søvnige

Flere av deltakerne uttrykte at de hadde behov for flere våkne dager siden antipsykotika gjorde dem sløve og søvnige. Det gjorde at de fikk en utpreget trang til å sove både dag og natt.

En av deltakerne (mann, 33 år) var diagnostisert med en schizoaffektiv lidelse og hadde brukt ulike antipsykotika i en årrekke:

«Jeg sto på Zyprexa, da fikk jeg angst og sov veldig mye. Det var da amfetaminbruken min begynte, så det har nok litt å gjøre med virkningen av antipsykotisk medisin. Jeg husker at jeg sov så mye... at jeg ønsket meg en dag eller en helg i måneden hvor jeg var våken.»

Deltakernes årsaker til å bruke rusmidler handlet også om ambivalens og tvil. Det samme rusmiddelet kunne ha forskjellige betydninger, virkninger og konsekvenser for ulike personer.

Bruk av rusmidler kunne skape problemer

I et overordnet perspektiv anerkjente deltakerne den positive korttidsvirkningen av rusmidlene, men samtidig var de bevisst på skadelige langtidsvirkninger. Bruk av rusmidler kunne skape problemer, men likevel bidro de til at deltakerne fungerte bedre på mange arenaer.

Noen deltakere hadde erfart at spesielt amfetamin ga dem økt energi og livslyst, men at de senere kunne få ubehagelige skjelvinger og oppleve betydelig nedstemthet.

«Behovet for rusmidler syntes å være mindre påtrengende når symptomer på den psykiske lidelsen ikke var dominerende.»

En deltaker (mann, 40 år) slet med overvekt og hadde brukt både amfetamin og cannabis for å gå ned i vekt. Han mente at det kunne være en hårfin balansegang. Han forklarte:

«Jeg husker at amfetamin gjorde at jeg gikk raskt ned i vekt, men etter hvert ble det ikke noe behagelig. Noen ganger har jeg brukt cannabis fordi det ikke har den umiddelbare effekten. Det er best å gjøre det gradvis. Jeg håper å stabilisere vekten på et akseptabelt nivå slik at jeg kan føle et slags velvære.»

Alle deltakerne brukte rusmidler for å håndtere episoder som oppsto på grunn av den psykiske lidelsen. Behovet for rusmidler syntes å være mindre påtrengende når symptomer på den psykiske lidelsen ikke var dominerende.

Mange fryktet mer alvorlig rusmisbruk

Rusmidlene kunne være til hjelp for å mestre noen plagsomme symptomer knyttet til deltakernes psykiske lidelse på kort sikt, men de fleste deltakerne innså at langtidsvirkningen av rusmidlene var negativ. De innså at det var viktig å kunne redusere eller slutte med rusmidler.

Mange uttrykte redsel for å utvikle toleranse overfor rusmidler og en mulig overgang til mer alvorlig rusmisbruk. De anså injisering av heroin som det farligste.

For de fleste deltakerne var en overgang fra rusmisbruk til avhengighet et symbol på en alvorlig forverring av selvbildet, noe som syntes å bidra til at noen hadde klart å kutte ut bruken av rusmidler. En av deltakerne (mann, 40 år), som for det meste hadde brukt alkohol, uttrykte seg slik:

«Det beste er egentlig å holde seg unna alkoholen fordi hvis du har drukket i mange år, vil det fortsatt fremstå som en fristelse, både drikking og bruk av andre rusmidler. Du har et toleransenivå. Denne veien starter i det små, og etter hvert blir det heroin. Hasj ligger omtrent i midten. Så målet må være å ikke begi seg ut på den veien eller stake ut en annen kurs før det er for sent.»

Deltakerne slet med avholdenhet

Deltakerne fryktet å miste kontrollen på rusbruken og bli så påvirket at det forverret den psykiske lidelsen. Likevel ble perioder med avholdenhet opplevd som vanskelig for flere av dem fordi de ofte kjente på følelser som utilstrekkelighet og frykt.

Det syntes som om fraværet av rusen ledet til både positive og negative opplevelser. Alle deltakerne hadde erfart perioder med avholdenhet, men de fleste hadde ikke vært avhengig av rusmidler. Flertallet mente at de hadde et gjennomgående bedre funksjonsnivå når de holdt seg unna rusmidler.

«Det å være i et forhold dempet behovet for rusmidler.»

Relasjonelle faktorer var innbefattet i de fleste betingelsene for å klare å slutte med rusmidler. Aktiviteter med ulike formål og i ulike kontekster ble ofte nevnt og assosiert med forholdet til andre mennesker.

De fleste av deltakerne hadde erfart at å gjenopprette bånd med familie og nære venner og være i stand til å delta i dagliglivets aktiviteter var helt avgjørende.

Mange av årsakene deltakerne oppga for å bli rusfrie, handlet om betydningen av sosiale relasjoner og å unngå isolasjon og ensomhet. Argumentene var at man måtte være edru for å finne en partner, og at å være i et forhold dempet behovet for rusmidler.

Deltakerne unngikk tidligere rusmiljøer

De fleste av deltakerne fortalte om den negative innflytelsen fra tidligere rusmiljøer. For å unngå å vende tilbake til tidligere venner i rusmiljøene var det avgjørende for dem å motstå trangen til å gjenoppsøke disse miljøene.

Det fungerte ikke å innta en slags «mellomholdning». Det var enten-eller. En deltaker (mann, 43 år) hadde vært inn og ut av rusinstitusjoner mange ganger og hadde etter hvert utviklet en strategi for å stå imot rustrangen:

«Jeg hadde ommøblert leiligheten, slik at det var annerledes å komme hjem den siste gangen, fordi jeg har opplevd å komme hjem på permisjon når alt i leiligheten minnet meg om mitt tidligere liv, og jeg ble fristet til å ruse meg igjen. Den siste gangen fikk jeg ikke slike tanker i det hele tatt og har klart å holde meg rusfri siden.»

Rusmiddelbruken hadde ulike formål

Deltakerne i studien ruset seg hovedsakelig for å håndtere vanskelige følelser og plagsomme symptomer på en alvorlig psykisk lidelse. De samme rusmidlene ble brukt til ulike formål for ulike personer.

For eksempel ble amfetamin brukt som et beroligende middel i forbindelse med plagsomme indre stemmer, for å kompensere for emosjonell avflating og som et slankemiddel. Deltakerne som uttalte dette, hadde en psykoselidelse.

Funnene fra studien støtter den tradisjonelle selvmedisineringshypotesen (11) fordi spesifikke rusmidler ble brukt for å håndtere plagsomme symptomer, ubehagelige følelser eller dysfori.

Disse funnene avviker imidlertid fra andre studier som har undersøkt pasientenes perspektiver, der det kom frem at bruk av rusmidler hovedsakelig hadde en negativ effekt på psykoselidelsen (12, 13). Det er imidlertid uklart hva som er plagsomme symptomer, ubehagelige følelser og dysfori (14).

Få hadde negative erfaringer med rus

Det som skiller funnene i de ovennevnte studiene fra denne studien, er at deltakerne primært hadde en ruslidelse, mens deltakerne i denne studien hadde utviklet en psykoselidelse over flere år med påfølgende rusmisbruk.

Et annet viktig aspekt kan være at flertallet av deltakerne i denne studien rapporterte få negative erfaringer med bruk av rusmidler, antakelig fordi de fleste av dem ikke hadde utviklet avhengighet.

«Deltakerne vektla å ta det riktige rusmiddelet på riktig måte for å redusere skadelige effekter.»

Et annet fremtredende funn i denne studien var at deltakerne vektla å ta det riktige rusmiddelet på riktig måte for å redusere skadelige effekter. I så henseende var amfetamin det hyppigst benyttede rusmiddelet.

Forskningslitteraturen sier lite om hvordan utbredelsen av amfetamin og andre stimulerende midler er blant personer med psykoselidelser, og hvordan midlene brukes.

Det er få studier som omhandler hvordan personer med psykoselidelser bruker og erfarer virkningen av slike rusmidler, selv om det finnes eldre studier som har funnet at personer med schizofreni har lettere for å utvikle aktiv psykose ved bruk av stimulerende midler enn personer med andre psykiske lidelser (15).

De færreste klarte å bli rusfrie

Få deltakere i denne studien hadde klart å bli rusfrie. En mulig forklaring er at de fleste av dem, som tidligere nevnt, ikke hadde utviklet avhengighet og heller ikke ruset seg daglig. Mange hadde derfor ikke opplevd alvorlige skadevirkninger av sitt rusmiddelbruk.

Noen av dem som var avholdende, og noen av dem som fortsatt ruset seg, men hadde initiert rusfrie perioder, uttalte at frykten for å bli avhengig eller psykotisk var et argument for å kutte ut rusen.

Frykt for å utvikle avhengighet som en motivasjon for avholdenhet er ikke gjenfunnet i andre studier, selv om det er rapportert om negative konsekvenser av rusen som motivasjon for å bli rusfri (12, 16).

De overnevnte studiene skilte seg imidlertid fra denne studien ved at de omhandlet deltakere med gjennomgående tungt rusmiddelmissbruk.

Støttende nettverk har stor betydning

Mine resultater indikerer at deltakernes ruserfaringer kombinert med psykisk lidelse ga dem en bevissthet om at langsiktig eller kortsiktig avholdenhet fra rusmidler var viktig for å opprettholde stabilitet i livet.

Et hovedfunn i denne studien var at deltakerne måtte ta avstand fra sitt tidligere rusmiljø for å oppnå rusfrihet. Dette samsvarer med resultatene fra Davis og O'Neills studie, som også undersøkte deltakernes strategier for å bli rusfri (17).

Andre kvalitative studier med utvalg som ikke var direkte sammenliknbare med denne studien, identifiserte imidlertid ikke avstand som strategi for å bli rusfri (16, 18, 19).

Flere av deltakerne i denne studien viste til betydningen av å kutte ut rusmiddelbruken for å finne en partner og komme ut av isolasjonen. Betydningen av et støttende sosialt nettverk var fremtredende, og til en viss grad ble behandlere i ACT ansett som en del av nettverket.

En gradvis bevisstgjøring om at rusmiddelbruk kom i konflikt med et vanlig liv og personlig velbefinnende, var fremtredende hos deltakerne. Flere kvalitative studier har konkludert med at støttende nettverk hadde mest å bety for at personer med psykoselidelse kunne oppnå rusfrihet (20–22).

Rusmiddelbruk ble ikke ansett som misbruk

Henwood og medarbeideres casestudie identifiserte tre begivenheter som bidro til at personer klarte å kutte ut rusmiddelbruken: vendepunkter i livet, gradvis modning og institusjonsbehandling (18). Denne studien var sammenliknbar med min studie bortsett fra at deltakerne hadde vært rusfrie over lengre tid.

Å finne den rette balansen og gjenvinne eller opprettholde stabiliteten var viktig både for dem som fortsatt brukte rusmidler, og hadde eller ikke hadde rusfrie perioder, og for dem som hadde kuttet ut rusmidler.

«Deltakerne mente at moderat bruk av alkohol og cannabis var harmløst.»

De aktive brukerne legitimerte rusmiddelbruken mer som bruk enn misbruk. Deltakerne mente at moderat bruk av alkohol og cannabis var harmløst. Det meste av ambivalensen var knyttet til bruk av amfetamin, som flere av deltakerne hadde både gode og dårlige erfaringer med.

Ut fra funnene kan det se ut som om mennesker med psykoselidelse ofte opplever motstridende følelser knyttet til sin bruk av rusmidler (13). Samtidig kan det å bli rusfri være både besværlig og konfliktfylt (16). For mennesker både med og uten alvorlig psykisk lidelse har rusen flere ansikter.

Behandlere må spørre om rusmiddelbruk

Når det gjelder selvmedisinering, bør behandlere være oppmerksomme på at pasientene kan anvende rusmidler for å lindre symptomer på psykisk lidelse, og at spesifikke rusmidler kan brukes for å motvirke både positive og negative symptomer på psykoselidelse.

Når helsepersonell kartlegger pasientenes sykdom, er det nødvendig å spørre hver enkelt om deres bruk av rusmidler og hvilken funksjon bruken har.

Slik kartlegging bør også ta i betraktning om rusmiddelbruken har foranlediget psykisk sykdom, eller vice versa. Nettopp det kan ha innvirkning på pasientenes syn på rusmidlenes funksjon.

Hvorfor trenger pasientene rusmidler?

Behandlere trenger å motivere brukere til å redusere rusmiddelbruken, og brukere trenger hjelp til å håndtere angst og depresjon. Hvordan man kan leve med å høre indre stemmer, blir også viktig i behandlingen.

Ved kartlegging av rusmiddelbruk er det like viktig å spørre om hvordan og hvorfor pasientene bruker rusmidler, som hvilket rusmiddel de benytter.

Ved behandling med antipsykotika bør behandlere nøye vurdere bivirkningene av medikasjonen. Noen personer med psykoselidelse synes å ha bedre livskvalitet når de bruker rusmidler enn når de er avholdende.

I noen grad kan det innebære å jobbe sammen med brukerne for å minimere snarere enn å eliminere rusmiddelbruken, og behandlere bør i større grad være bevisst på slike forhold.

Referanser

1. Hartz S, Pato C, Medeiros H, Cavazos-Reg P, Sobell J, Knowles J, et al. Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *Jama Psychiatry*. 2014;71(3):248–54. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2013.3726](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3726)
2. Hasin D, Kilcoyne B. Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(3):165. DOI: [10.1097/ycp.0b013e3283523dcc](https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e3283523dcc)
3. Padgett DK, Smith BT, Henwood BF, Tiderington E. Life course adversity in the lives of formerly homeless persons with serious mental illness: context and meaning. *Am J Orthopsychiatry*. 2012;82(3):421–30. DOI: [10.1111/j.1939-0025.2012.01159.x](https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.2012.01159.x)
4. Fredwall TE. En oppsummering av kunnskap. Pasientforløp for personer med samtidig ruslidelse og psykiske lidelse. Oppsummering nr. 10. Omsorgsbiblioteket; 2018.
5. Wagstaff C. Towards understanding the self-perception of people with psychotic illness who use illicit substances and have a history of disengagement from mental health services: qualitative research. *Int J Psychiatr Nurs Res*. 2007;12(3):1503–20.

6. Landheim A, Ruud T. Evaluering av ACT-team. Sluttrapport: Nasjonal kompetansetjeneste for rus- og psykisk lidelse. Lørenskog: Akershus universitetssykehus; 2014.
7. Pettersen H, Ravndal E, Ruud T, Landheim A. Searching for sobriety: How persons with severe mental illness experience abstaining from substance use. *J Addict Res Ther.* 2014;5(4). DOI: [10.4172/2155-6105.1000193](https://doi.org/10.4172/2155-6105.1000193)
8. Pettersen H, Ruud T, Ravndal E, Landheim A. Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2013;8:21968. DOI: [10.3402/qhw.v8i0.21968](https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.21968)
9. Pettersen H. Erfaringer med rusmiddelbruk og oppsøkende behandling hos personer med psykoselidelse. (Doktorgradsavhandling.) Oslo: Universitetet i Oslo; 2015.
10. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health.* 2012;40(8):795–805. DOI: [10.1177/1403494812465030](https://doi.org/10.1177/1403494812465030)
11. Khantzian E. The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry.* 1997;4(5):231–44. DOI: [10.3109/10673229709030550](https://doi.org/10.3109/10673229709030550)
12. Charles V, Weaver T. A qualitative study of illicit and non-prescribed drug use amongst people with psychotic disorders. *J Ment Health.* 2010;19(1):99–106. DOI: [10.3109/09638230802523039](https://doi.org/10.3109/09638230802523039)
13. Cruce G, Øyehagen A, Nordstrøm M. Experiences of alcohol and other drugs in individuals with severe mental illness and concomitant substance use disorders. *Mental health and Substance use: dual diagnosis.* 2008;1(3):228–41. DOI: [10.1080/17523280802317404](https://doi.org/10.1080/17523280802317404)
14. Henwood B, Padgett D. Re-evaluating the self-medication hypothesis among the dually diagnosed. *Am J Addict.* 2007;16(3):160–5. DOI: [10.1080/10550490701375368](https://doi.org/10.1080/10550490701375368)
15. Lieberman J, Kane J, Alvir J. Provocative tests with psychostimulant drugs in schizophrenia. *Psychopharmacology.* 1987;91(4):415–33. DOI: [10.1007/bf00216006](https://doi.org/10.1007/bf00216006)
16. Laudet A, Magura S, Vogel H, Knight E. Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *Am J Orthopsychiatry.* 2004;74:365–75. DOI: [10.1037/0002-9432.74.3.365](https://doi.org/10.1037/0002-9432.74.3.365)

17. Davis KE, O'Neill SJ. A focus group analysis of relapse prevention strategies for persons with substance use and mental disorders. *Psychiatr Serv.* 2005;56(10):1288–91. DOI: [10.1176/appi.ps.56.10.1288](https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.10.1288)
18. Henwood B, Padgett D, Smith B, Tiderington E. Substance abuse recovery after experiencing homelessness and mental illness: case studies of change over time. *J Dual Diagn.* 2012;8(3):238–46. DOI: [10.1080/15504263.2012.697448](https://doi.org/10.1080/15504263.2012.697448)
19. Asher C, Gask L. Reasons for illicit drug use in people with schizophrenia: qualitative study. *BMC psychiatry.* 2010;10:94. DOI: [10.1186/1471-244x-10-94](https://doi.org/10.1186/1471-244x-10-94)
20. Alverson H, Alverson M, Drake R. Social patterns of substance-use among people with dual diagnoses. *Ment Health Serv Res.* 2001;3(1):3–14. DOI: [10.1023/a:1010104317348](https://doi.org/10.1023/a:1010104317348)
21. Gomez M, Primm A, Tzolova-Iontchev I, Perry W, Hong T, Crum R. A description of precipitants of drug use among dually diagnosed patients with chronic mental illness. *Community Ment Health J.* 2000;36(4):351–62.
22. Thommesen H. Hverdagsliv, selvforståelse og dobbeltdiagnose – om mennesker med uvanlige erfaringer. (Doktorgradsavhandling.) Bodø: Høgskolen i Bodø; 2008.

FAGUTVIKLING

Hvordan kan vi overføre kunnskap, holdninger og ferdigheter fra kurs til praksisutøvelse?

Kursdeltakerens eget ansvar og initiativ er viktig for å få et godt læringsutbytte av et kurs. I tillegg må det forankres i ledelsen slik at den nye kunnskapen kan brukes i praksis.

Kommunikasjon

Utdanning

Kurs

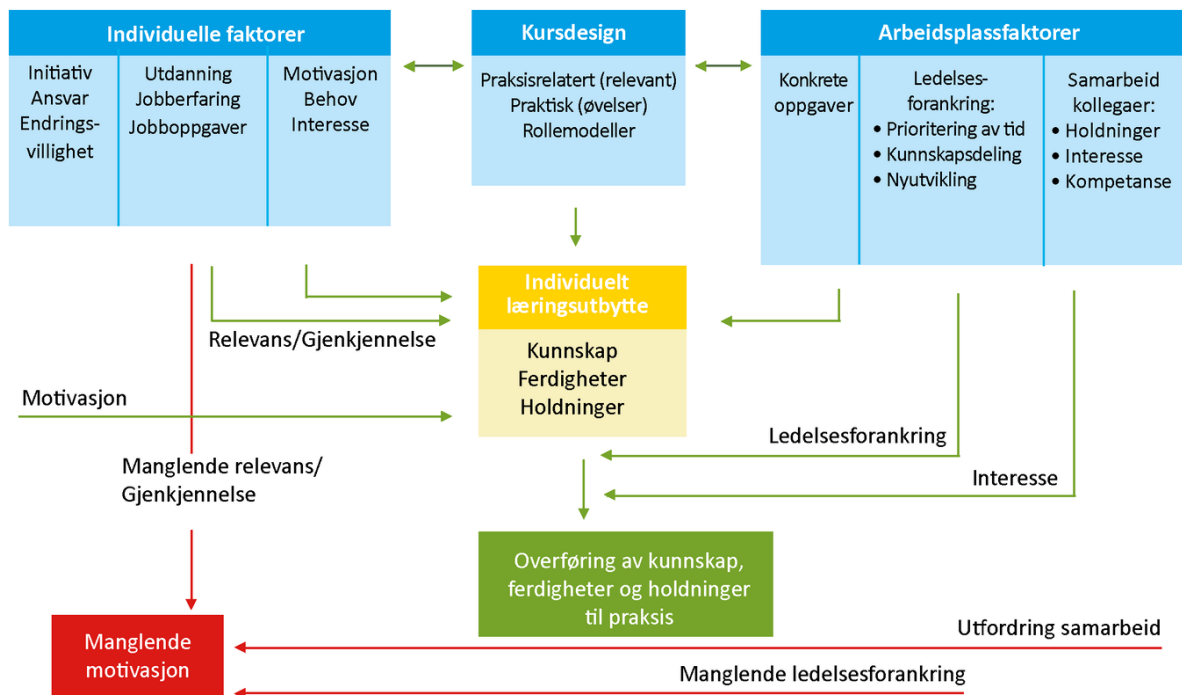
Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) publiserte i 2019 *Håndbok for helsepedagogikk: Kunnskapsbaserte anbefalinger ved utvikling av kurs i helsepedagogikk for fagpersoner og brukerrepresentanter* (1). Håndboken inneholder rammeverk og anbefalinger for et kurs i helsepedagogikk.

Høsten 2019 ble dette kurset testet ut som en pilot i en større kommune i Norge, og det ble grundig evaluert i etterkant (2). Evalueringen viste at selv om kurset ble godt mottatt av kursdeltakerne, var det flere faktorer som hadde betydning for om det som deltakerne hadde lært på kurset, ble brukt i praksis i etterkant eller ikke.

Vi besluttet derfor å analysere intervjuene fra evalueringen på nytt for å se nærmere på respondentenes utsagn om hva som fremmet eller hemmet implementering av ny kunnskap i praksis. Datagrunnlaget var to fokusgruppeintervjuer og fire individuelle intervjuer, som ble gjennomført to måneder etter kurset.

I analysen sorterte vi utsagnene etter henholdsvis individuelle faktorer, kursdesign og arbeidsplassfaktorer, da forskning viser at dette er faktorer som har betydning for å kunne overføre det man lærer på kurs til en jobbkontekst (3–5). Resultatene av analysen er gjengitt i en modell basert på disse faktorene (figur 1).

Figur 1. Illustrasjon av hva som fremmer eller hemmer overføring av kunnskap, ferdigheter og holdninger – fra kursdeltakelse til praksis



Resultater

Resultatavsnittet har vi strukturert etter modellens ulike elementer. Funnene og sammenhengen mellom dem utdyper og forklarer vi nærmere under hvert element.

Deltakeren må ha individuelt læringsutbytte

At den enkelte deltakeren har et faktisk læringsutbytte av kurset, er en forutsetning for at deltakelsen skal kunne medføre endringer i praksisutøvelsen i etterkant.

Læringsutbyttet er blant annet avhengig av individuelle faktorer hos deltakerne, kursets design og faktorer ved arbeidsplassen.

Individuelle faktorer kan være utdanning, jobberfaring og aktuelle jobboppgaver. Dette vil ha betydning for graden av motivasjon, behov og interesse. For at kurset skal være relevant for deltakerne, må kursdesignet ta høyde for disse individuelle faktorene.

Kurset må være relevant og gi gjenkjennelse

I intervjuene ga kursdeltakerne spesielt uttrykk for at det var viktig at innholdet i kurset var praksisrelatert, at det var praktiske øvelser med mulighet for refleksjon og tilbakemelding, samt betydningen av at kurslederne fungerte som rollemodeller.

Noe som gikk igjen i deltakernes svar, var verdien av å kjenne seg igjen i temaene de diskuterte på kurset, og hvorvidt temaene var relevante for konkrete arbeidsoppgaver. Relevans og mulighet for gjenkjennelse fremhevet de som en forutsetning for å få et godt læringsutbytte:

«At kurslederen delte av egne erfaringer og brukte praksiseksempler – det er alfa omega ... Det blir på en måte mer gyldig, og man husker det veldig mye bedre [...]. Det var veldig mange praksiseksempler fra kurs og sånn, og jeg føler det er kjempespennende å høre på. [...] Og jeg er veldig enig i at vi har kunnet bruke masse, men det kunne ha vært veldig artig å kunne ha hørt litt mere sånn fra praksishverdagen vår» (fokusgruppe 2 – deltaker 5).

Kunnskap og holdninger må overføres til praksis

At deltakere har hatt et faktisk læringsutbytte av et kurs, er imidlertid ikke ensbetydende med at tilegnede kunnskaper, ferdigheter og/eller holdninger blir overført til praksis. Ulike faktorer kan fremme eller hemme dette.

Faktorer ved arbeidsplassen som har betydning for motivasjonen til å endre praksis i tråd med ny læring, er blant annet konkrete relevante arbeidsoppgaver, graden av ledelsesforankring og samarbeid med kollegaer. Individuelle faktorer som kan ha betydning, er graden av initiativ, ansvar og endringsvillighet.

Ikke alle var motivert for å gå på kurs

Ansvar for rekrutteringen til det gjeldende kurset lå hos enhetsledere i kommunen. Motivasjonen for å gå på kurs var derfor ikke i første omgang et uttrykt ønske eller behov hos den enkelte deltakeren.

Om deltakerne ikke ser relevansen av å delta på kurs eller ikke er endringsvillig, kan det påvirke motivasjonen for å endre praksis i etterkant. Kurset syntes imidlertid å motivere og inspirere flere, uavhengig av forutsetninger og relevante arbeidsoppgaver.

Flere av dem som hadde relevante arbeidsoppgaver, hadde begynt å bruke det de hadde lært i etterkant av kurset. Andre som oppga å ha lært mye på kurset, og i tillegg var motivert til å praktisere det, ga imidlertid uttrykk for at arbeidsrelaterte faktorer kunne påvirke motivasjonen negativt.

«Flere av dem som hadde relevante arbeidsoppgaver, hadde begynt å bruke det de hadde lært, i etterkant av kurset.»

Om det av en eller annen grunn ikke var mulig å praktisere det man hadde lært på kurset rett i etterkant, da motivasjonen var på sitt høyeste, kunne det bidra til at motivasjonen ble borte. Flere uttrykte bekymring for at det ville skje.

«Jeg har hørt at folk har blitt inspirert, og så er det selvfølgelig avhengig av hvordan man jobber, og hva man har med seg fra tidligere. For noen så er det kanskje litt mindre synlig hvordan de skal omsette det i praksis, og det handler kanskje om endringsvillighet – der er vi også forskjellige» (individuell – deltaker 1).

«Det blir fort at fem kursdager går veldig raskt, og da det er mye jobb og hverdag innimellom, så er det kanskje lett at det sklir ut litt hvis det ikke blir tatt tak i ettertid [...] så jeg håper at det ikke forsvinner. At du får øvd deg på det her kontinuerlig etterpå, at det ikke blir med kurset» (fokusgruppe 1 – deltaker 2).

Det kan være vanskelig å bevare entusiasmen

Flere faktorer som kunne hemme motivasjonen for å praktisere det man hadde lært, ble løftet frem. En av faktorene som gikk igjen, var utfordringer i samarbeidet med kollegaer som ikke hadde vært på kurset.

Flere kursdeltakere ga uttrykk for at det var vanskelig å bevare entusiasmen når de kom tilbake på jobb. Det handlet blant annet om utfordringer knyttet til å formidle det de hadde lært til kollegaer som ikke hadde hatt samme kompetanseheving, og derfor ikke hadde samme kunnskaper, ferdigheter eller holdninger.

Det å ikke ha det samme kunnskapsgrunnlaget å samarbeide ut fra trakk kursdeltakerne frem som en utfordring. Et eksempel som flere trakk frem, handlet om økt bevissthet om viktigheten av brukermedvirkning i tjenesteutvikling.

Mange opplevde at de hadde store utfordringer med å formidle sin nye innsikt til kollegaer i enheter hvor dette ikke hadde høy prioritet eller var en del av praksis:

«Jeg ser nytten av at ha en brukerrepresentant med i starten av planleggingen i forhold til gruppeintervensjon. Men det er veldig vanskelig å få frem det i arbeidet med dem som kanskje ikke har det samme kurset. For vi fikk litt en åpenbaring på det kurset som de ikke har hatt. Og det er vanskelig å få frem det å jobbe med akkurat den biten, det at vi har sett nytten av å likestille rollene våre» (fokusgruppe 2 – deltaker 3).

Andre rapporterte at de hadde opplevd en generell interesse og nysgjerrighet hos kollegaene da de kom tilbake fra kurset. Dette fremmet motivasjonen til å fortelle mer og dele ny kunnskap og nye brukbare redskaper og modeller.

Det kan være en fordel at flere deltar på samme kurs

Det var stor forskjell på i hvilken grad kursdeltakerne hadde tatt ansvar for og initiativ til å imøtekomme faktorene som de opplevde som hemmende når det gjaldt formidling til kollegaer. Enkelte rapporterte å ha tatt ansvar gjennom dialog med sin egen leder.

Andre, da de ble spurt direkte, hadde ideer til ulike måter å formidle dette på som kunne la seg realisere i fremtiden, for eksempel i tilknytning til temadager eller i veiledningssituasjoner. De som hadde vært på kurset sammen med flere kollegaer fra samme enhet eller team, nevnte at det var en stor fordel og en faktor som fremmet samarbeid om å bruke det de hadde lært, i etterkant av kurset.

«De som hadde vært på kurs alene, uttrykte et ønske om kompetanseheving for sine kollegaer.»

De som hadde vært på kurs alene, uttrykte et ønske om kompetanseheving for sine kollegaer, slik at de hadde samme kunnskapsgrunnlag å samarbeide ut fra.

«Jeg tar bare litt mer dialog med min leder i forhold til det og prøver. Det er fortsatt bare å kjøre på med det argumentet med å ha det (brukermedvirkning). [...] Det samme gjelder jo at vi diskuterer med lederne hvordan vi kan få formidlet den kompetansen vi har fått. Og hvordan vi kan involvere andre. For man ser jo at det er veldig nyttig hvis flere har samme kompetanse» (fokusgruppe 1 – deltaker 1).

«Jeg kom jo alene [på kurset] og kom tilbake og kjente at jeg var så giret, på en måte. Her er noen ting som vi kan bruke, og så snakker man litt om hva man har opplevd, og da er engasjementet kanskje ikke like stort. Så jeg tror det at å ha flere på lag og ha lest det samme og tenkt litt sammen, det gir en annen forståelse. Man kan liksom ikke komme tilbake og fortelle hva man har vært med på og klare å formidle det samme. Så at flere kan ta del og være med på kurset, det hadde hjulpet» (fokusgruppe 2 – deltaker 2).

Manglende ledelsesforankring var en hemmende faktor

Utfordringer i samarbeidet med kollegaer for å praktisere det de hadde lært, ble også koplet til manglende organisatorisk og ledelsesmessig forankring.

Deltakerne beskrev at manglende ledelsesforankring generelt var en hemmende faktor for muligheten til å praktisere det de hadde lært på kurset. Det handlet primært om manglende prioritering fra ledelsens side når det gjaldt å sette av tid til kunnskapsdeling med kollegaer og implementere ny kunnskap i praksis.

Flere opplevde at det var vanskelig å ta seg tid når det ikke ble prioritert av ledelsen, og det samtidig ble forventet at andre oppgaver skulle løses som før. Det handlet også om organisatoriske utfordringer knyttet til manglende ansvarsfordeling i nye prosjekter på tvers av enheter.

«Utfordringer med å ta det i bruk er vel kanskje det med tid og kapasitet i arbeidshverdagen. At man har mange oppgaver som skal utføres, og så er det – ja, det å få tid til å ha sett seg ned og få brukt det, da» (fokusgruppe 2 – deltaker 4).

«Det er jo viktig at vi får bruke tid på det. For hvis det er forankret i ledelsen, da vil det jo kanskje utløse at man får prioritere det og bruke det» (fokusgruppe 2 – deltaker 5).

«Flere opplevde at det var vanskelig å ta seg tid når det ikke ble prioritert av ledelsen.»

Det var forskjell på hvordan de hemmende faktorene ble vurdert av kursdeltakerne. De diskuterte i hvilken grad ansvaret lå hos ledelsen alene, og hvilket ansvar som eventuelt lå hos den enkelte kursdeltakeren. Formidling til ledelsen om behovet for å bruke tid på implementering av ny kunnskap ble beskrevet som både en nødvendighet og en utfordring.

«Jeg tror det er viktig at de som gikk på kurs, får anledning til å fortelle sine ledere at det her har vi lært, og det ønsker vi å ta i bruk, og da trengs de her ting. Jeg tror det finnes en vilje til å sette av litt tid, men lederen må ofte ha konkrete bestillinger på hva som trengs.

Det å få synliggjort hva kurset [kan] brukes til i praksis, så det kan gjentas, hvis det er ønskelig å spre det. Så det at dem som har gått på kurset, får virkelig brukt det og sagt noen ting om det, sånn at det blir tydelig at man faktisk implementerer det man har lært på kurs» (individuell – deltaker 1).

«Jeg tenker det er lettere hvis man har ledelsen med seg, så tenker jeg jo også at til sjuende og sist er det bra at du er med på å snakke det frem (henvendt til en annen fokusgruppedeltaker om viktigheten av brukermedvirkning), men det er ledelsen som har ansvaret med å få det på plass og, da, at det ikke skal være ditt ansvar alene» (fokusgruppe 2 – deltaker 4).

Oppsummering

Flere faktorer har betydning for hva som skjer i praksis etter deltakelse på kurs. Individuelt læringsutbytte, personlig ansvar og initiativ sammen med forhold ved arbeidsplassen, inkludert god ledelsesforankring, har stor betydning.

Funnene i denne evalueringen viser at det er flere ting man bør ta stilling til på arbeidsplassen før man sender de ansatte på kurs. Først og fremst er det viktig hvem man velger å sende. Har de eller skal de ha oppgaver som relaterer seg til det som kurset handler om?

Man bør dessuten overveie om flere fra samme arbeidsplass eller avdeling skal delta sammen, da det viser seg at det er enklere å komme i gang med å bruke det man har lært om man ikke er den eneste som har gått på kurs.

Dersom det ikke er mulig, er det viktig å legge til rette for at den som har vært på kurs, får mulighet til å formidle den nye kunnskapen til kollegaer, samt skape rom for at man kan bruke ny kunnskap i jobbhverdagen.

Læringseffekten av et kurs forsterkes når det man har lært, blir prøvd ut i praksis, og vi kan først snakke om styrket kompetanse når det man har lært, vises i praktiske handlinger.

Referanser

1. Hvinden K, Henriksen A-H, Brøve HB. Håndbok i helsepedagogikk – kunnskapsbaserte anbefalinger ved utvikling av kurs i helsepedagogikk for fagpersoner og brukerrepresentanter. Oslo: NK LMH; 2019. NK LMH-rapport 978-82-92686-35-5.
2. Henriksen A-H. Evaluering av fem dagers kurs i helsepedagogikk. Oslo: NK LMH; 2000. NK LMH-rapport 978-82-92686-40-9.

3. Blume BD, Ford JK, Baldwin TT, Huang JL. Transfer of training: a meta-analytic review. *Journal of Management*. 2010;(36):1065–105.
4. Botke JA, Jansen PGW, Svetlana N, Tims KM. Work factors influencing the transfer stages of soft skills training: a literature review. *Educational Research Review*. 2018;(24):130–47.
5. Lim DH, Morris ML. Influence of trainee characteristics, instructional satisfaction, and organizational climate on perceived learning and training transfer. *Human Resour*. 2006;(17):85–115.

FAGUTVIKLING

Skal vi holde på gode medarbeidere, må vi investere i dem

Faglig engasjement, arbeidsglede og tett oppfølging av nyansatte har bidratt til det gode arbeidsmiljøet på transplantasjonskirurgisk sengepost ved Oslo universitetssykehus.

Utdanning

Fagutvikling

Transplantasjonsmedisin er en relativt ny medisinsk behandling. De første transplantasjonene i Norge skjedde i 1950-årene, men først på 1980-tallet ble det en etablert medisinsk behandling for pasienter med organsvikt.

Transplantasjonskirurgisk sengepost ved Oslo universitetssykehus (OUS), Rikshospitalet, har landsdekkende funksjon for transplantasjon av abdominale organer. Årlig gjennomføres det cirka 250 nyretransplantasjoner (av disse rundt 70 med levende giver), 100 levertransplantasjoner, 30 pankreastransplantasjoner og noen få øycelletransplantasjoner.

I tillegg gjennomføres det en rekke operasjoner for å klargjøre for fremtidig transplantasjon samt annen komplisert tumorkirurgi ved innvekst i organer og kar.

Pasientene må passes godt på

Sengeposten har 45,8 stillingshjemler, som inkluderer ledere, fagsykepleiere, sykepleiere og en servicearbeider.

Sengeposten har en egen intermediærenhet. De fleste pasientene kommer direkte hit fra operasjonsstuene. Her gjennomføres det avansert pasientbehandling som krever tett overvåkning og høy bemanning. Koronapandemien har vist hvor viktige disse intermediærenhetene er for å avlaste intensivavdelingene (1).

Vanlig liggetid etter en ukomplisert nyretransplantasjon er en uke, der pasienten skal komme seg etter operasjonen og lære å leve som transplantert. Pasienter med andre organtransplantasjoner har lengre liggetid.

«Transplantasjonskirurgisk sengepost er et ettertraktet sted å arbeide.»

En spesiell pasientgruppe er nyredonorene, altså friske personer som gjennomgår en operasjon for at noen andre som trenger det, skal få en ny nyre. Disse pasientene må også passes godt på.

Behovet for sykepleie på posten er variert og spenner fra intermediærpasienten, som trenger overvåkning, til svært komplekse pasienter med lang liggetid som trenger hjelp til alt, til pasienter som er helt selvhjulpne.

Vi arbeider svært selvstendig og samarbeider tett med andre yrkesgrupper. Stor variasjon i arbeidsoppgaver gjør transplantasjonskirurgisk sengepost til et ettertraktet sted å arbeide.

Opplæring er i fokus

Vi er stolte av vår avdeling. Den årlige medarbeiderundersøkelsen viser at vi har svært fornøyde medarbeidere år etter år. Faget, utviklingen som tilbys, og det gode arbeidsmiljøet gir mindre turnover. Femten av våre ansatte har mer enn ti års erfaring fra sengeposten, ti ansatte har over tjue, og to har hele tretti års erfaring.

Men selv med lav turnover vil vi alltid miste gode medarbeidere. Noen tar videreutdanning, noen ønsker seg ut av turnusordninger, mens andre flytter. Vår erfaring er at det i hovedsak er ansatte med under ti års erfaring som slutter. Hvert år blir også noen gravide og går i foreldrepermisjon.

I snitt gjøres det rundt fem nyansettelser per år. Vi har opplevd flere ganger at medarbeidere som har sluttet, vender tilbake.

Opplæringsprogrammet vi har på sengeposten, startet på 1970-tallet. Ledelsen og fagsykepleierne har alltid prioritert opplæring og faglig engasjement høyt, noe som har bidratt til kulturen og det gode arbeidsmiljøet vi har i dag.

Riktig rekruttering er avgjørende

Rekruttering av nye sykepleiere er viktig for å forme avdelingen i ønsket retning. Å lykkes med rekruttering over tid med mange dyktige medarbeidere vil øke avdelingens attraktivitet og tiltrekningskraft (2). Det er en leders ansvar å utvikle en kultur som gir i stedet for å ta energi (3).

Oslo universitetssykehus har en «100 prosent-politikk»: Vi tilstreber at alle som ønsker det, får full stilling.

Før et intervju er det viktig å definere hva vi er ute etter. Hvem som velges, har avgjørende betydning for alt fra prestasjoner til stemningen på arbeidsplassen (4). Man må ha i mente at jobben stadig er i endring, så evnen til å tilpasse seg er viktig (2).

«En feilansettelse vil koste mye.»

Det er begrenset undervisning om transplantasjon i bachelorutdanningen i sykepleie; det meste må derfor læres. Det viktigste ved en rekruttering er ikke kunnskapsnivået den nyansatte har, men hvordan hun eller han vil passe inn i arbeidsmiljøet og tilegne seg ny kunnskap. Vi ønsker arbeidsglede, fokus på læring, kunnskap og motivasjon til videre utvikling hos personalet vårt.

En nyansatt sykepleier på transplantasjonskirurgisk sengepost har et halvt års opplæring. Den nyansatte går sammen med sin kontaktsykepleier de første tre månedene og regnes ikke som arbeidskraft i den perioden. Nyansattprogrammet krever både tid og penger, og en feilansettelse vil derfor koste mye.

Vi investerer i våre medarbeidere

Rekrutteringsprosessen er ikke avsluttet når den nye sykepleieren blir ansatt og signerer kontrakt. Nyansattprogrammet introduserer den nyansatte for kollegaer og nye oppgaver. Det gir trygghet, lojalitet og tillit til arbeidsgiveren (2).

Det er en fordel for alle parter at det oppdages tidlig om nyansettelsen var et dårlig valg (4). På mange arbeidsplasser blir innfasingen nedprioritert (4). Feilansettelser og ansatte som bruker mer tid enn nødvendig på opplæringen, koster mer tid og penger.

Hva gjør vi for å skape gode medarbeidere? Transplantasjonskirurgisk sengepost er en høyspesialisert avdeling med et seks måneders opplæringsprogram. Gjennom opplæringsprogrammet viser vi den nyansatte at avdelingen investerer i sine medarbeidere (2).

Opplæringsprogrammet er et standardisert program med varighet på et år. Det første halve året er mest intenst, med kurs, veiledning, klinikerdager og sjekklister. Det siste halvåret er hovedsakelig veiledning.

Hvem kontaktsykepleieren skal være, vurderes nøye. For å fremme læring og skape trygghet legges det stor vekt på en god matching og personkjemii mellom den nyansatte og kontaktsykepleieren. Det er viktig at kontaktsykepleieren er sterk der den nyansatte trenger litt ekstra veiledning.

Den viktigste læringen er uformell

En av de første dagene har fagutviklingssykepleieren en kort introduksjon om opplæringsperioden, om kurs, samtaler, følgedager og nyansattpermen. Vi forventer at den nyansatte leser all litteratur og tar alle kurs.

Denne – til tider tøffe – opplæringen gjør at de blir gode sykepleiere! De må gi seg selv tid, det tar lang tid å bli en god sykepleier, gjerne et år.

«På pauserommet får den nyansatte informasjon om kultur og uskrevne regler.»

Det er viktig at lederen og kollegaene er godt forberedt på oppstartsdagen. Dersom lederen er fraværende og kontaktsykepleieren er på kurs, kan det gi et negativt førsteinntrykk. Den første dagen går med til å orientere den nyansatte, hilse på nye kollegaer, se avdelingen og bli kjent med systemene.

Breaking-in-fasen regnes gjerne som de første hundre dagene. I denne perioden kommer også gjerne virkelighetssjokket som mange kan kjenne på i startfasen. Etter en tid glir man over i *settling-in*-fasen, hvor man blir et etablert medlem av kollegiet (4). På avdelingen oppgir de ansatte at det kan ta så mye som tre år før de anser seg som over i den fasen.

Den viktigste læringen og tilpasningen foregår uformelt sammen med kollegaer. Den nyansatte får informasjon, utvikler kunnskap, lærer å utføre oppgaver, gjør vurderinger og utvikler holdninger. Taus kunnskap spres i hovedsak gjennom å jobbe med andre. På pauserommet får den nyansatte informasjon om kultur og uskrevne regler (4).

Det viktigste sosialiseringstiltaket er ikke kursing, men hvem den nyansatte jobber sammen med. Gjennom spørsmål, refleksjon, diskusjon, tilbakemelding og støtte skal den nyansatte finne sin nye rolle (4).

Opplæringsprogrammet

Den nyansatte og kontaktsykepleieren går de samme vaktene minst i de første tre månedene, og helst de første seks månedene. De første månedene regnes de som en. Etter hvert får den nyansatte mer ansvar og går mer alene. Det gjøres individuelle endringer ved behov.

Opplæringsprogrammet følger OUS' Klinisk kompetanseprogram helsefag (6). Programmet er lagt inn i Kompetanseportalen. Leder, fagansvarlig og den nyansatte har oversikt over utviklingsløpet. I Kompetanseportalen ligger alle obligatoriske kurs som skal gjennomføres årlig.

Dette gjør vårt opplæringsprogram unikt:

Samtaler

Seksjonslederen, fagutviklingssykepleieren, kontaktsykepleieren og den nyansatte har tre samtaler:

- etter en måned: målsamtalen. Den nyansatte har på forhånd skrevet hvilke mål vedkommende har for opplæringsperioden. Jo mer konkrete mål, desto bedre
- etter tre måneder: halvevaluering som går gjennom hvor langt den nyansatte har kommet, og hva som blir viktig i fortsettelsen
- etter seks måneder: sluttevaluering for å se at den nyansatte har kommet seg gjennom alle målene

Ny-til-ny-coach

Selv om man har gjort en glimrende ansettelse som tilfredsstillende alle krav og forventninger, blir ikke den nyansatte et effektivt og fullverdig medlem av kollegiet fra første dag (4). Vi har erfart at selv om vi forberedte de nyansatte på at det kan være tøft å være ny, at de må senke forventningene til seg selv og gi seg tid til å bli «varme i trøya», opplever de likevel ofte den første perioden som overveldende.

«Det kan være vanskelig å snakke med en leder eller kontaktsykepleieren om hvordan opplæringen oppleves.»

Vår erfaring er at det kan være vanskelig å snakke med en leder eller kontaktsykepleieren om hvordan opplæringen oppleves. Det var bakgrunnen for ordningen med ny-til-ny-coach, hvor den nyansatte og den som var nyansatt sist, møtes for en samtale om erfaringer og for å dele tips og triks.

Den nyansatte får innblikk i den andres nyansattopplevelse og får støtte av en kollega, mens den andre opplever økt selvtillit og mestringsfølelse av å kunne dele av sin erfaring.

Sjekkliste

I nyansattperioden har den nyansatte en sjekkliste som gjennomgås med kontaktsykepleieren. Sjekklisten er en detaljert oversikt over blant annet aktuelle undersøkelser, medisiner, reaksjonsbehandling og tiltak ved akutte situasjoner. Hensikten med gjennomgangen er å sikre den nyansattes kunnskap om posten.

Klinikerdager

Opplæringsprogrammet er standardisert. Fagutviklingssykepleieren planlegger opplæringen før den nyansatte begynner.

Det er tre klinikerdager hvor den nyansatte går sammen med fagutviklingssykepleieren. Den nyansatte velger ut hvilke pasienter og hvilke fokusområder hun eller han ønsker veiledning om i disse dagene. Meningen er å få den nyansatte til å reflektere over det vedkommende gjør, samtidig som fagutviklingssykepleieren får et bedre bilde av hvordan hun eller han fungerer i avdelingen.

- Dag 1 kommer etter omtrent en måned og er gjerne en kveldsvakt på intermediærrommet.
- Dag 2 kommer etter tre måneder og handler om opplæringen av pasientene. Pasientinformasjonen «Veien videre» og hvordan undervisning dokumenteres i pasientjournalen, gjennomgås.

Først har fagutviklingssykepleieren opplæring med en pasient mens den nyansatte følger med. Deretter er det den nyansatte som har opplæring med den neste pasienten mens fagutviklingssykepleieren observerer.

- Dag 3 kommer når den nyansatte har gått tre–fire uker alene.

Andre faste poster på programmet

- «Tankevekkere» er en serie med faste spørsmål som den nyansatte forbereder seg på, og som gjennomgås sammen med fagutviklingssykepleieren. Jo bedre forberedt den nyansatte er, desto bedre utbytte får vedkommende. Eksempler på tankevekker-spørsmål:

Hvilke tanker gjør du deg om hva som er viktig å ta opp i inntakssamtalen med en nyredonor?

Du får ansvaret for å ta imot en pasient ved innleggelse til nyretransplantasjon

med avdød giver. Hva gjør du? Hva er spesielt med pankreas og lever i en slik situasjon?

- Etter fire–fem måneder følger den nyansatte en sekretær en dag og servicemedarbeideren en halv dag for å lære mer om helheten på posten og andre yrkesgrupper.

Den nyansatte får også være med på operasjon, en nyretransplantasjon med en levende giver. Den nyansatte følger først nyredonoren og ser på uttak av nyren, og følger deretter med nyren og ser på innsetting av nyren hos mottakeren.

- De tre første månedene går den nyansatte, sammen med kontaktsykepleieren, fire eller fem kvelder på intermediærstuen. Hit kommer nyre- og pankreastransplanterte rett fra operasjon.
- Hvert halvår skal den nyansatte skrive to refleksjonsnotater. Den nyansatte blir oppfordret til å skrive om både vanskelige og positive opplevelser.

De positive bes hun eller han om å reflektere rundt: «Hvorfor ble dette en så fin dag?» Refleksjonsnotatet gjennomgås med kontakt- eller fagutviklingssykepleieren.

- Mot slutten av opplæringsperioden får den nyansatte teamlederopplæring med kontaktsykepleieren kveld–dag to til tre ganger. Det innebærer å ha ansvar for alle pasientene, være med på previsitt og gå visitter med kirurgene, og å fordele arbeidsoppgaver.

Teamlederen har ansvaret for avdelingen, drift og bemanning når lederen ikke er til stede på kvelds-, natte-, helge- og helligdagsvakter.

- Det arrangeres fire veiledningsdager, hvorav en halv dag er fordypning i litteratur og den andre halvdelen er satt av til veiledning. Fagutviklingssykepleieren leder disse veiledningene.

Vi tilstreber å ha fire–fem nyansatte i hver gruppe for å få et godt diskusjonsforum. På forhånd får de tilsendt temaet for veiledningen med litteraturtips.

Postens kurs

I tillegg til obligatoriske kurs i regi av Oslo universitetssykehus har vi utviklet et eget kurs. Dette går over to dager og er rettet inn mot våre pasienter. Leger og sykepleiere fra posten foreleser, i tillegg til transplantasjonskoordinator, koordinerende sykepleier for levende givere og representanter fra medisinsk-teknisk utstyr.

Disse dagene har både teori og anatomi i tillegg til praktisk gjennomgang av det mest sentrale medisinsk-tekniske utstyret. De nyansatte får trykke på infusjonspumper, sprøytepumper, skop og liknende.

Nyansattpermen

Den nyansatte får en perm med mye informasjon. Permen inneholder alt fra praktisk informasjon om døgnrytmen på posten til pasientinformasjonspermen «Veien videre» og en litteraturliste med relevante fagartikler. Her står også oversikter over datoer for kommende aktiviteter. Litteraturlisten er laget sammen med nyre- og gastromedisinsk sengepost og er delt inn i forskjellige organer og forskjellige sykepleiefokus.

Vi forventer at den nyansatte leser all litteratur. Vår erfaring er at litteraturen leses i løpet av det første året.

Turnus er et nødvendig onde

Forskning viser at turnusarbeid er skadelig, spesielt på lang sikt (7). Samtidig er det ikke mulig å drive døgnkontinuerlig drift uten turnusarbeid. Utfordringen er å få turnusen til å være så gunstig som mulig for den enkeltes behov og helse.

Vi har fleksiturnus, der hver medarbeider har stor innflytelse på egen turnus. Mye av ansvaret ligger dermed på den enkelte ansatte – innenfor lovens rammer. Vi har mye oppmerksomhet på helse og turnus, og har undervisning og turnussamtaler med alle ansatte. Verneombudet er involvert og går gjennom alles turnus, og kommer med råd og veiledning.

Mange av de ansatte er unge og spreke, og selv om de ikke synes det er noe problem med tett vaktoppsett, mye kveld-dag og lite hviletid, opplyses de om at dette kan være negativt på sikt.

Hvordan holder vi på gode medarbeidere?

Dagens arbeidsliv preges av stadige endringer, og folk er kompetente og opptatt av sine karrierer. De ansattes forventninger om personlig og profesjonell utvikling kan by på utfordringer for arbeidsgivere (8). For ledere blir det vanskelig å veie tilbud om utvikling til de ansatte opp mot hva arbeidsplassen får igjen for det.

Oslo universitetssykehus har opplevd at sykepleiere får dekket videreutdanning, men at de etter endt utdanning og bindingstid bytter arbeidsplass. Forskningsmiljøene ønsker økt masterkompetanse inn i sykehuset, gjerne med stillinger som er delt mellom fag/forskning og pasientnær behandling.

«Vi må investere videre!»

Det kommer ikke mer ressurser eller nye stillingshjemler, så hvem skal arbeide pasientnært mens de ansatte videreutdanner seg?

Medarbeidere slutter hos oss som regel fordi de skal flytte hjem eller ta videreutdanning. Majoriteten søker seg til operasjon, intensiv eller helsesykepleier.

I 2019 startet vi en prosess for fagutvikling og videreutdanning, for å beholde medarbeidere vi har lagt mye energi og midler i. Vi må investere videre!

Forsker Marit Helen Andersen har vært en sterk pådriver i denne prosessen. Hun har tidligere sørget for at flere sykepleiere har kommet gjennom både doktorgrads- og masterprogram:

- En fagsykepleier startet doktorgrad høsten 2019.
- En annen fagsykepleier disputerte høsten 2020.
- En sykepleier startet masterprogram i sykepleievitenskap.
- Lederen startet master i verdibasert ledelse høsten 2019.
- En sykepleier startet på videreutdanning i nyresykepleie i 2020.
- To sykepleiere har tatt 10 studiepoeng i veiledning.
- En sykepleier har 15 studiepoeng i kunnskapsbasert praksis.
- Flere sykepleiere går klinisk spesialist-programmet.

Ved studiestart inngås det en kontrakt, hvor ledelsen forplikter seg til å tilrettelegge for og betale studiet mot en bindingstid ved avdelingen samt at temaet for masteroppgaven velges i samråd med fagutviklingssykepleieren og ledelse.

Faglig nysgjerrighet smitter

Så hvorfor vil vi alt dette? Det er viktig å bevare dyktige og faglig engasjerte medarbeidere ved at de får utvikle seg videre hos oss. Vi ønsker å få hele faget opp og frem. Vi er en avdeling med nasjonal funksjon, og vi har et ansvar for forskning og utvikling, både i Norge og internasjonalt.

Norge er et lite land, men som transplantasjonssenter er vår avdeling ganske stor. Avdelingen har satset stort på forskning gjort av sykepleiere. Både Marit Helen Andersen, Kätthe Meyer, Kjersti Lønning og Kari Gire Dahl har skrevet sine avhandlinger innen transplantasjonsfeltet, og alle arbeider fortsatt ved avdeling for transplantasjonsmedisin.

«Det er lederens ansvar å utvikle en kultur og et arbeidsmiljø som hindrer hjemlengselen.»

I januar 2021 ble det opprettet et helsefaglig forskningssenter ved avdeling for transplantasjonsmedisin for å arbeide systematisk med kompetanseutvikling og forskning i vårt miljø.

Hva gjøres for at vi ikke skal miste kompetansen? Dette er en utfordring vi må jobbe videre med. Noen aspekter av denne utfordringen synes vanskelige, som at enkelte flytter hjem. Det er lederens ansvar å utvikle en kultur og et arbeidsmiljø som hindrer hjemlengselen (9). Engasjement og faglig nysgjerrighet smitter og blir en del av kulturen.

Moderne sykepleiere vil opp og frem

Å investere i god opplæring er et gode for posten når sykepleierne arbeider her. Når de slutter her og begynner på andre avdelinger eller andre sykehus, har de med seg en kompetanse som er nyttig i all sykepleie. God opplæring er en god investering for samfunnet.

Konklusjonen er at satsing på arbeidsmiljø, god rekruttering, god opplæring, faglige utfordringer, variasjon og utviklingsmuligheter er suksessfaktorer for en god arbeidsplass – det kommer både den enkelte medarbeideren, arbeidsgiveren og pasientene til gode.

Vi ser at moderne sykepleiere vil opp og frem. Snittet for å komme inn på bachelor i sykepleie øker, og med det kommer mer karrierelystne ansatte. Om vi ikke skal miste sykepleiere til annen videreutdanning, må vi sette inn tiltak for å bevare dem i transplantasjonsmiljøet.

Vi er nå i gang med å utvikle et kompetanseprogram for erfarne sykepleiere. Dette programmet skal bestå av undervisningsdager, hospitering, relevant litteratur og en avsluttende eksamen.

Programmet skal etter planen tilbys sykepleiere med mer enn tre års erfaring og gi den enkelte både kompetanseheving og et lønnstillegg. Sykepleierne kan på den måten bygge karriere på sengeposten.

Referanser

1. Lutro O, Holten AR, Wæhre T, Maagaard A, Pettersen E, Berdal JE, et al. Syv infeksjonsleger: Hele helsetjenesten må fungere for å bruke intensivplassene riktig. Aftenposten, kronikk. 19. mars 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/pAKpd6/syv-infeksjonsleger-hele-helsetjenesten-maa-fungere-for-aa-bruke-intens> (nedlastet 19.07.2021).
2. Kuvaas B, Dysvik A. Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser. Evidensbasert HMR. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
3. Haver A, Stålsett G. Følelser bør brukes som et kompass i lederskap. Forskersonen.no. 2. februar 2020. Tilgjengelig fra: <https://forskersonen.no/arbeid-kronikk-ledelse-og-organisasjon/folelser-bor-brukes-som-et-kompass-i-lederskap/1631422> (nedlastet 19.07.2021).
4. Haaland FH. Å knytte bånd. Oslo: Gyldendal; 2019.
5. Lai L. Strategisk kompetanseledelse. Oslo: Vigmostad & Bjørke; 2013.
6. Høghaug G. Klinisk kompetanseprogram helsefag. Oslo universitetssykehus. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/26330> (nedlastet 16.09.2021).
7. Kleiven M. Tåler vi turnus? Erfaringer og anbefalinger om turnus og helse. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/hNQmuc7hzFrPtIDa4MYUCNBSnwZttcO8i1VCPokHeNZF1FxOxS.pdf> (nedlastet 19.07.2021).
8. Skogstad A. Den psykologiske kontrakt mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. I: Einarsen S, Skogstad A, red. Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger. Bergen: Fagbokforlaget; 2005.
9. Gundersen M-BS. Sengepost som varig arbeidsplass for sykepleiere – en lederutfordring? Hvorfor slutter sykepleiere i jobben sin på sengepost på sykehus? [masteroppgave]. Bergen: Universitetet i Bergen, Det medisinske fakultet; 2018.

FAGUTVIKLING

Ny samarbeidsform mellom helsehus og

bydel gjorde pasientene tryggere

Helsehuset er bindeleddet mellom sykehus og hjem. Tett samarbeid mellom helsehuset og bydelen er helt nødvendig for å få til gode pasientforløp.

Brukermedvirkning

Eldre

Institusjon

Kommunehelsetjeneste

Samhandling

En personsentrert tilnærming og sammenheng i tjenestene er helt avgjørende i rehabiliteringen av eldre. Personsentrert tilnærming innebærer å ivareta de eldre som hele mennesker, ikke bare deres sykdom eller funksjonssvikt.

Målet er at de skal ta i bruk sine ressurser og opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig. Dette idealet er også sentralt i kvalitetsreformen «Leve hele livet» (1).

I Oslo kommune er helsehusene organisert under sykehjemsetaten og er bindeleddet mellom sykehus og hjemmet. Helsehusene skal ivareta utskrivningsklare pasienter fra sykehus samt hjemmeboende som trenger rehabilitering eller korttidsopphold for å kunne fortsette å bo hjemme.

Solfjellshøgda helsehus er et av fire helsehus i Oslo kommune og har korttids- og rehabiliteringsplasser (2). Bydelene fatter vedtak om opphold på helsehus (3). Målet med oppholdet er å kartlegge helsetilstanden og hjelpebehovet og å gi pasienten nødvendig opptrening og helsehjelp, slik at pasienten kan komme tilbake igjen til sitt eget hjem. Oppholdet planlegges med utgangspunkt i pasientens ressurser og behov.

En ny samarbeidsform ble utviklet

I et tildelingsbrev fra 2018 fra Byrådsavdelingen for eldre, helse og arbeid til sykehjemsetaten står det følgende: «For at helsehus i større grad skal gi treffsikre tjenester som gjør pasientene i stand til å mestre livet hjemme, skal Sykehjemsetaten prøve ut en ny driftsmodell ved Ryen helsehus [nå: Solfjellshøgda helsehus] sammen med Bydel Østensjø, hvor bydelen i større grad kan følge innbyggeren gjennom rehabiliteringsforløpet.»

Til å utvikle en slik ny driftsmodell fikk Solfjellshøgda helsehus og bydel Østensjø tildelt midler via Statsforvalteren fra tilskuddsordningen «Styrking av habilitering og rehabilitering i kommunene».

«Samarbeidsformen skulle oppleves som helhetlig, brukersentrert og trygg.»

Gjennom et prosjekt som ble igangsatt for å utvikle driftsmodellen, utforsket vi en ny samarbeidsform for å oppnå bedre samhandling, mer kontinuitet i rehabiliteringsforløpet (fra utskrivelse fra sykehuset til helsehuset, og til slutt hjem med innsatsteam) og bedre koordinering av tjenestetilbudene mellom alle instansene og faggruppene. Samarbeidsformen skulle oppleves som helhetlig, brukersentrert og trygg for pasienter og pårørende.

Kriteriene for å bli inkludert i prosjektet var at pasienten hadde behov for rehabilitering i institusjon etter sykehusbehandling, og at vedkommende ikke hadde hjemmesykepleie fra før.

Prosjektgruppen besto fra Solfjellshøgda helsehus av en ergoterapeut/prosjektleder i 100 prosent stilling, en fysioterapeut i 50 prosent stilling, en sykepleier i 40 prosent stilling og en lege i 10 prosent stilling. Fra innsatsteamet (IT) i bydelen deltok det en sykepleier i 40 prosent stilling.

Tidligere pasienter ble spurt om råd

Prosjektet har en kvalitativ tilnærming, der pasient-, pårørende- og ansattinformasjon er samlet inn ved bruk av intervjuer og strukturerte spørreskjemaer. For å få tilstrekkelig informasjon til å kunne utforme en ny modell for samarbeidet mellom sykehus, helsehus og hjemmetjenesten oppsøkte prosjektgruppen pasienter som tidligere hadde vært innlagt på helsehuset, og stilte dem spørsmål etter et strukturert spørreskjema.

Vi kartla deres opplevelse av pasientforløpet med spørsmål om mottak, informasjon, oppfølging, trygghet og brukervedvirkning. I tillegg ble det gjennomført strukturerte intervjuer per telefon med pårørende om deres opplevelse som pårørende.

Basert på den informasjonen prosjektgruppen samlet inn i september/oktober 2018, utformet gruppen en samarbeidsmodell, og fra medio november 2018 til slutten av mai 2019 ble pasienter gradvis innlemmet i denne modellen. Totalt ble det inkludert 45 pasienter. Av disse fullførte 28 hele forløpet fra sykehus til helsehus og hjem igjen.

Pasientene som var med i prosjektet, svarte på spørreskjemaer etter opphold på Solfjellshøgda helsehus og etter perioden med innsatsteam i bydelen. Pårørende svarte kun på et spørreskjema etter endt rehabiliteringsforløp. Prosjektgruppen gjennomførte også ansattundersøkelser før og etter prosjektperioden.

Datagrunnlaget til kontrollgruppen og prosjektgruppen ble registrert i og er hentet ut fra journalsystemet Gericca, hvor ADL-skår (se under), antallet liggedøgn og hvilke tjenester de mottok etter oppholdet på helsehus, er journalført.

Pasientene ønsket å bli mer involvert

Resultatene fra intervjuene gjennomført i oppstartsfasen med de tidligere innlagte pasientene og deres pårørende viste at de synes de fikk for lite informasjon, opplevde lite forutsigbarhet og ønsket mer involvering:

«Jeg følte ikke at det var fokus på det som var viktig for meg», «Jeg måtte spørre om ting jeg lurte på hele tiden» og «Jeg ønsket å vite hvordan hjemreisen skulle foregå» var noen av tilbakemeldingene fra pasientene. En av de pårørende sa: «Vi fikk lite informasjon om hvilke tilbud vi hadde i bydelen.»

Tilbakemeldingene var tydelige: Pasienter og pårørende ønsket mer informasjon, bedre kontinuitet og større grad av trygghet for videre forløp.

Det nye pasientforløpet tar form

På bakgrunn av intervjuene og innsamlet informasjon fra idéseminarer med de ulike faggruppene og Senter for fagutvikling og forskning kom prosjektgruppen frem til en rekke tiltak vi ønsket å sette i system og arbeide med i prosjektperioden. Vi utarbeidet et pasientforløp med definerte arbeidsoppgaver og møtepunkter.

Vi har en egen mottaksavdeling på helsehuset, der en sykepleier gjør et generelt mottak av pasientene. Videre er det et mottaksmøte mellom mottakssykepleieren og sykepleieren på avdelingen. Vi ønsket at mottaket på avdelingen skulle skje med pasienten til stede på pasientens rom fremfor på vaktrommet mellom kun de to sykepleierne, noe som ikke er prosedyre i dag.

Vi ønsket altså økt brukerinvolvering, mer tverrfaglig samarbeid, at brukerne opplever å mestre hverdagens gjøremål, og at de deltar ut fra egne forutsetninger. I tillegg ønsket vi at bydelen i større grad kunne følge innbyggerne gjennom rehabiliteringsforløpet.

Overføringsrapporten fra sykepleieren i mottaket til sengeposten skulle nå gjennomføres med pasienten til stede, noe som tidligere ikke hadde vært rutine. Det ble innført en egen informasjonsmappe for pasientene, og en måltavle, hvor rehabiliteringsmålene for den enkelte pasienten var skrevet opp, ble hengt opp alle pasientrom. Dette gjorde vi for å sørge for at pasienten og de pårørende tidlig fikk tilgjengelig og synlig informasjon.

«Oppstartsamtalen er svært viktig for å forankre oppholdet.»

Når pasienten kom til helsehuset, var det viktig å ha en god oppstartsamtale med utgangspunkt i malen «Hva er viktig for deg?». Dette er en mal som helsehuset allerede benyttet, og som er utarbeidet av Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp. Fokuset skulle være på den enkelte pasientens utfordringer og status, og samtalen skulle resultere i en tydelig målsetting.

Tidligere erfaringer tilsier at denne samtalen er svært viktig for å forankre oppholdet, noe prosjektgruppen fikk bekreftet. Vi ser at en strukturert oppstartsamtale avklarer mange spørsmål. Pårørende får informasjon, og den enkelte pasienten blir ansvarlig i sitt eget rehabiliteringsforløp.

Tilbakemeldingene på spørreundersøkelsen etter oppholdet på helsehuset bekrefter også dette. Mange av pasientene gir uttrykk for at oppstartsamtalen var nyttig. Målene som ble utarbeidet, ble deretter skrevet på pasientens måltavle på rommet, synlig for pasienten, de pårørende og helsepersonellet.

Oppstartsamtalen, journalnotater og hjemmebesøk med personale fra både helsehus og bydel var kontaktpunkter som allerede var fast etablert. Nye tiltak i prosjektet var at bydelen fikk en større rolle under oppstartsamtalen, at helsehuset deltok på overføringsmøtet i hjemmet ved utskrivelse, og ukentlige tverrfaglige møter på helsehuset.

Pasientene ble sammenliknet med kontrollgruppe

De 28 pasientene som fullførte hele pasientforløpet, ble skåret med utredningsverktøyet ADL, og antallet liggedøgn ble registrert for hver pasient. En kontrollgruppe på 28 pasienter ble plukket ut i samme tidsperiode (2017–2018) som et sammenlikningsgrunnlag for å måle effekten av det nye pasientforløpet.

Årsakene til innleggelsene på sykehuset for pasientene i de to gruppene var nokså like. Antallet pasienter som ble skrevet ut fra helsehuset til videre oppfølging av hjemmetjenesten eller til hverdagsrehabilitering, var tilnærmet likt i begge gruppene. Det samme var også antallet pasienter som ble skrevet ut til hjemmet uten videre behov for tjenester eller annen oppfølging.

Gjennomsnittsalderen for pasientene som var inkludert i prosjektet, var 80,3 år, mens den var 84,1 år i kontrollgruppen. I denne sammenhengen er pasientene som var inkludert i henholdsvis prosjektet og kontrollgruppen, tilnærmet like, og derfor vurderer prosjektgruppen at funnene knyttet til tiltakene er valide.

Hverdagslige aktiviteter gikk lettere

ADL (*activities of daily living*) er et utredningsverktøy til bruk for helse- og omsorgspersonell. Verktøyet kartlegger hvordan brukeren utfører dagligdagse aktiviteter (6).

Det blir gjennomført en ADL-kartlegging på helsehuset både ved innkomst og ved utreise. Kartleggingen gir en så objektiv skår som mulig på pasientens funksjon i dagliglivet, evnen til å ta vare på helsen, personlig hygiene, påkledning, forflytning, toalett og hukommelse (6). Skåren er fra 1 til 5. Høyere skår indikerer større behov for hjelp.

«Samtlige fysiske parametre viser en signifikant endring i funksjonsnivå.»

Det er kjent at ADL skåres ulikt av ulike fagpersoner, og pasientens kognitive funksjon kan være vanskelig å avdekke ved første skåring. Derfor valgte vi i prosjektgruppen å gjøre et uttrekk av de fysiske måleparametrene i ADL-skjemaet, for eksempel de parametrene som går på økonomi og hørsel, for å kunne si noe om pasientenes endring i løpet av oppholdet.

Vi kan ikke si noe om ADL-skåren til kontrollgruppen sammenliknet med pasientene som var inkludert i prosjektet, fordi vi ikke har det samme ADL-skjemaet for kontrollgruppen.

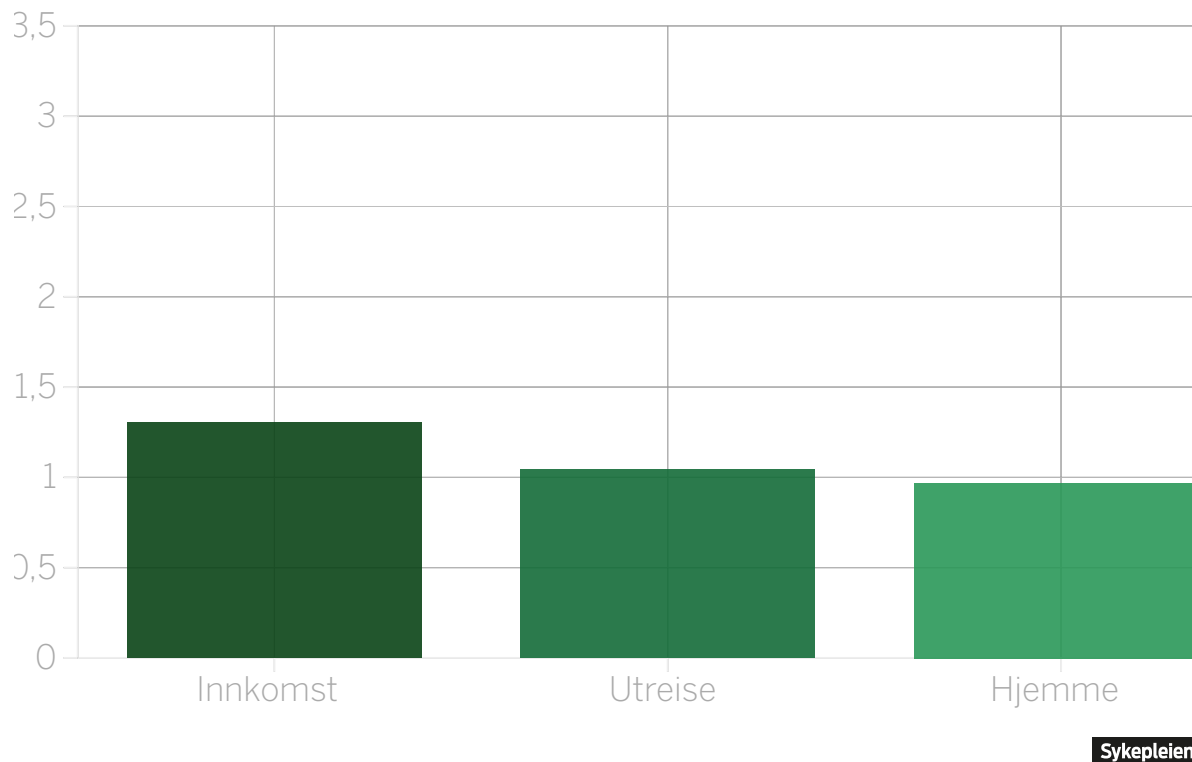
Figur 1 viser den fysiske bedringen gjennom rehabiliteringsforløpet. Samtlige fysiske parametre viser en signifikant endring i funksjonsnivå. Den største endringen skjer under rehabiliteringsoppholdet på helsehuset.

Figur 1.

Gjennomsnittlig fysisk ADL-skår ved innkomst, ved utreise og hjemme etter oppholdet i helsehuset

Personlig hygiene ▼

■ Innkomst ■ Utreise ■ Hjemme



Det var overraskende mange reinnleggelser

Vi la til grunn at antallet reinnleggelser kunne gi en pekepinn på om tiltakene var gode. I prosjektperioden var det 6 reinnleggelser på sykehus fra Solfjellshøgda helsehus blant de 28 pasientene som var med i prosjektet, målt mot bare 1 i kontrollgruppen.

Totalt var det 10 reinnleggelser blant de 45 pasientene som i utgangspunktet ble registrert i studien. Data fra hele institusjonen viste 18 reinnleggelser i den samme perioden, og helsehuset har et snitt på 3 prosent reinnleggelser årlig. Ti reinnleggelser fra denne antatt spreke gruppen på 45 pasienter er derfor betydelig og var et overraskende funn.

Arbeidshypotesen var at de 28 inkluderte pasientene var godt mottakelige for rehabilitering fordi de ikke hadde mottatt tjenester fra bydelen før innleggelsen. Det viste seg imidlertid at redusert kognisjon og fysisk funksjon, et sammensatt sykdomsbilde og kompliserte boforhold gjorde at totalsituasjonen var kompleks for flere av pasientene.

«Det er behov for et system som bedre fanger opp hvem som har behov for rehabiliteringsplass og korttidsplass.»

Dette understøtter erfaringene om en tyngre pasientgruppe på helsehusene de senere årene. Vi har ikke undersøkt nærmere hvorfor denne gruppen eldre ikke har vært mottakere av kommunale helsetjenester tidligere. For at helsehusene skal levere treffsikker rehabilitering, må pasientenes kompleksitet tas med i betraktningen i planlegging av tjenesten.

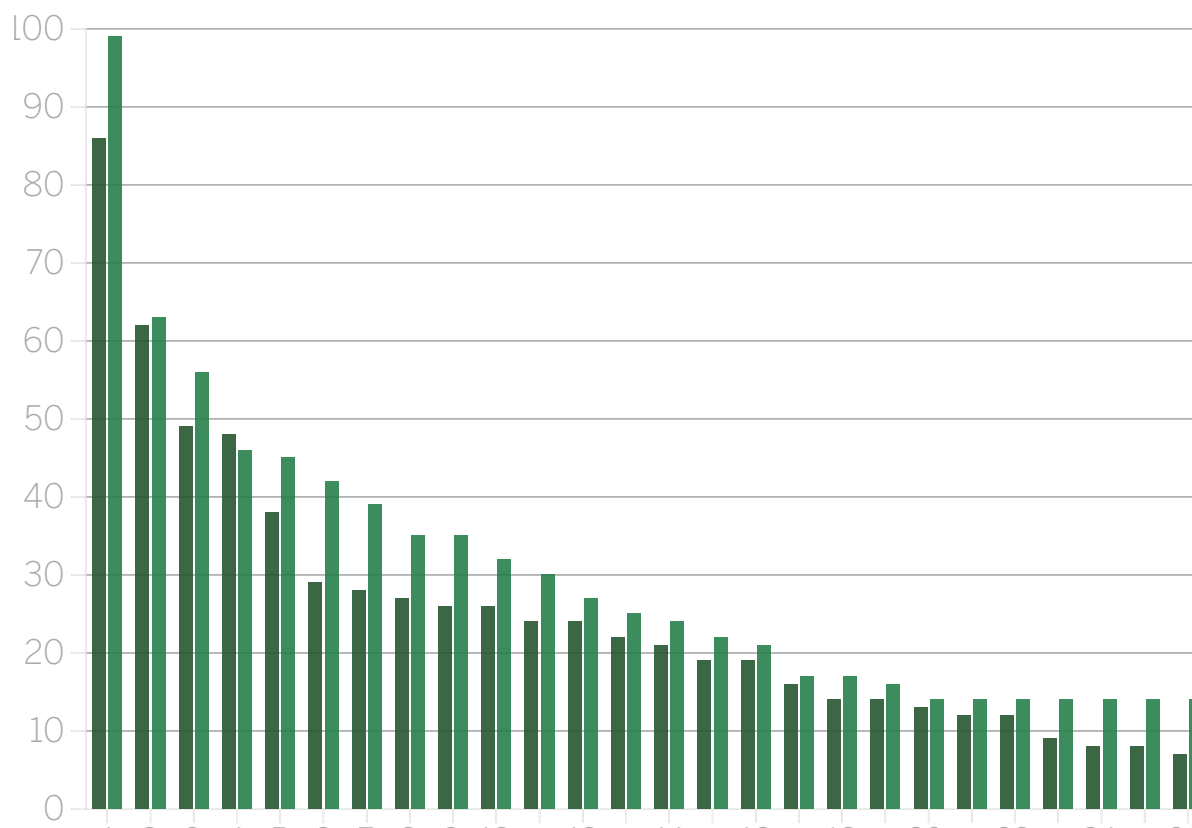
Sammenliknet med kontrollgruppen ble antallet liggedøgn på Solfjellshøgda helsehus for de 28 pasientene som fullførte hele pasientforløpet, i gjennomsnitt redusert med 5 dager, fra 29 til 24 dager, som vist i figur 2. Det er sannsynlig at årsaken til den kortere liggetiden er at prosjektgruppen hadde tid og ressurser til å levere rehabilitering etter pasientens behov, tid til koordinering og til å følge pasienten tettere i forløpet.

Prosjektgruppens erfaringer med pasientgruppen er at de hadde komplekse medisinske utfordringer og varierende grad av rehabiliteringspotensial. Vi mener det er behov for et system som bedre fanger opp hvem som har behov for rehabiliteringsplass og korttidsplass, slik at ressursene kan bli brukt mer hensiktsmessig. Det vil kunne bidra til økt ressursutnyttelse, bedre bruk av kompetanse og ikke minst rett behandling til rett tid.

Figur 2.

Liggedøgn på Solfjellshøgda helsehus

■ Prosjektgruppe ■ Kontrollgruppe



Figuren viser antallet liggedøgn for pasient 1–28 i henholdsvis prosjektgruppen og kontrollgruppen.

Sykepleien

Pleierne strever med å dekke basisbehov

Samarbeidsmodellen prosjektgruppen prøvde ut, var utfordrende å implementere innenfor dagens praksis. Pleierne på helsehuset ga tydelig uttrykk for stor arbeidsbelastning og høyt arbeidspress. Det var utfordrende å prøve ut nye tiltak og endre dagens praksis og tenkemåte når arbeidsoppgavene må utføres under tidspress og innen bestemte rammer. Pleierne forteller i spørreundersøkelsen at de strever med å dekke pasientenes basisbehov, og at det ikke er tilstrekkelig kapasitet eller tid til rehabilitering etter intensjon.

Som en medarbeider skriver i undersøkelsen: «Arbeidsoppgavene per vakt er store. Skulle ønske en kunne være på jobben for pasienten, ikke for systemet.»

Dette samsvarer med funnene i kommunerevisjonen 2018 (4). Det bekreftes også i artikkelen til Kvæl og medarbeidere, der det ble påpekt at pasientene blir passet inn i systemet, med de rammene som eksisterer (5).

«Rehabilitering krever at helsepersonell har tid til å ‘ha hendene på ryggen’.»

En erfaring fra dette prosjektet var at fordi pasientene er svært pleietrengende, det er uklarerhet i ansvarsfordelingen mellom helsehus og bydel, usikkerhet rundt bruk av egen kompetanse hos medarbeiderne og stor arbeidsmengde, ble det vanskelig å gjennomføre at pasienten skulle delta på overføringsmøtet mellom mottak og avdeling.

Rehabilitering krever at helsepersonell har tid til å la pasienten selv utføre aktiviteter – tid til å «ha hendene på ryggen» og tre støttende inn underveis i for eksempel i morgenstellet.

Rehabiliteringen foregår i en tidsavgrenset periode, og målet er at pasienten skal hjem igjen. Det er behov for kartlegging av hjemmet, tilpasning av hjelpemidler eller kanskje å endre omsorgsnivå eller bolig. Her må ansvarsoppgavene være tydelig fordelt, slik at dette kan tas tak i tidlig.

Dette avhenger av tett og god kommunikasjon mellom helsehus og bydel, slik at den enkelte brukeren får et sømløst og forutsigbart forløp, og at alle som er involvert i pasienten, kjenner sine oppgaver og har tid til å utføre dem.

Samarbeid er sentralt

Vi erfarte flere ganger at det var usikkerhet om ansvarsfordelingen mellom helsehus og bydel. Pasientene skrives tidlig ut fra sykehus, ofte forvirret og med redusert kognitivt funksjon. Flere av pasientene har få pårørende og en kompleks boligsituasjon.

En felles forståelse av rehabiliteringsforløpet både mellom profesjonene og mellom helsehus og bydel, og utveksling av erfaring og kunnskap om hverandres tjenester, har vært sentralt. Medlemmene i prosjektgruppen erfarte å få inngående kunnskap om hverandres tjenester og oppgaver og det resulterte i en tydeligere arbeidsfordeling og et helhetlig tjenestetilbud.

Tett samarbeid mellom helsehuset og bydelen er helt nødvendig for gode pasientforløp. Dette understreker også Kvæl og medarbeidere i sin studie: Det er helt sentralt med godt samarbeid for å fremme brukerinvolvering og skape mer vellykkede pasientforløp på helsehus (5).

Medarbeiderne var motiverte

Dette prosjektet skulle utvikle, teste og evaluere en ny samarbeidsform mellom helsehus og bydel. Målet var kvalitativt bedre overføring av pasienter fra helsehus til hjem og å korte ned oppholdet på helsehuset. Samarbeidsformen skulle oppleves som helhetlig, brukersentrert og trygg for pasienter og pårørende.

Et målrettet pasientforløp, sammenheng i tjenesten, informasjonsflyt og trygghet skapes gjennom god samhandling med pasienter og pårørende og mellom helsehus og bydel for felles forståelse og ansvarsfordeling. Sentralt er kontinuitet mellom pleiere og terapeuter, i rehabiliteringsforløpet og i overgangene mellom sykehus, helsehus og hjem, og for å lykkes må dette bli nøye koordinert.

Vi i prosjektgruppen fikk tilbakemeldinger fra medarbeidere om at de var motiverte og ønsket å kunne drive treffsikker rehabilitering. Men det var usikkerhet knyttet til rehabiliteringstankegangen og ansvaret som sikret kontinuiteten.

Antallet liggedøgn ble likevel redusert fra 29 til 24 døgn per pasient i denne perioden, og pasientene svarte i spørreundersøkelsen at de var fornøyde med forløpet. Basert på resultatene og erfaringene fra prosjektet mener vi at de viktigste suksesskriteriene var tiltakene for tettere samarbeid og koordinerte pasientforløp, i tillegg til at prosjektgruppen hadde ressurser til å drive ønsket rehabilitering.

Referanser

1. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018.
2. Oslo kommune. Solfjellshøgda helsehus. Oslo: Oslo kommune. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/alle-sykehjem/ryen-helsehus/> (nedlastet 30.01.2020).
3. Oslo kommune, sykehjemsetaten. Oppholdstyper på sykehjem og helsehus. Oslo: Oslo kommune. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/oppholdstyper-pa-sykehjem/> (nedlastet 30.01.2020).
4. Oslo kommune. Kommunerevisjonen – integritet og verdiskapning. Rehabilitering i helsehus. Oslo: Oslo kommune; 2018. Rapport 15/2018. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13306871-1544608484/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Budsjett%20C%20oregnskap%20og%20rapportering/Rapporter%20fra%20Kommunerevisjonen/Rapporter%20fra%20Kommunerevisjonen%202018/15-2018%20Rehabilitering%20i%20helsehus.pdf> (nedlastet 05.03.2019).

5. Kvæl LAH, Debesay J, Bye A, Bergland A. Health care professionals' experiences of patient participation among older patients in intermediate care – at the intersection between profession, market and bureaucracy. *Health Expect.* 2019;22(5):1–10. DOI: [10.1111/hex.12896](https://doi.org/10.1111/hex.12896)

6. Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste. Skalaer og tester. Instrumentelle og personnære aktiviteter i dagliglivet (IADL og PADL). Tønsberg: Aldring og helse; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/wp-content/uploads/2020/09/adl-vurdering-sporreskjema-2019-into0006-web-2.pdf> (nedlastet 13.06.2019).

FAGUTVIKLING

Tverrfaglig samarbeid ivaretar hjemmeboende multisyke pasienter bedre

En ny måte å organisere helsetjenestene på i Smøla kommune har ført til bedre samarbeid mellom ulike yrkesgrupper. Det kommer pasientene til gode.

Arbeidsmiljø

Behandling

Brukermedvirkning

Forebygging

De ansatte i helse- og omsorgstjenestene jobber under kontinuerlig press for å løse utfordringene med en voksende gruppe eldre med mer komplekse sykdomsbilder, i kombinasjon med strammere kommuneøkonomi. Kommunene må derfor utvikle stadig nye og smartere måter å arbeide og samhandle på. I tillegg viser stortingsmeldingene «Morgendagens omsorg» (1) og «Innovasjon i omsorg» (2) at det er en klar forventning om at pasientens medvirkning skal styrkes i helse- og omsorgstjenestene.

Ny måte å organisere på

Med inspirasjon fra England har Smøla kommune med sine cirka 2000 innbyggere innført en ny måte å organisere helsetjenestene på, som kalles «virtuell avdeling». Virtuell avdeling (VA) er ingen fysisk avdeling, men et rammeverk hvor all relevant informasjon om pasienten underlegges en tverrprofesjonell vurdering i tett samarbeid med pasient og pårørende (3, 4). Slik legges det til rette for mer behovsdrevne løsninger og økt pasientinvolvering.

I tillegg vektlegges bruk av systematiske kartleggingsverktøy som NEWS (National early warning score) (5) og SKUV (systematisk klinisk undersøkelse og vurdering) (6) for å få en helhetlig oversikt over pasientenes behov – og ulike risikovurderinger.

I prosjektet «Virtuell avdeling i kommunehelsetjenesten: Smartere og bedre samhandling for multisyke eldre», har vi innhentet informasjon om ansattes erfaringer med VA og belyst hvilke samfunnsøkonomiske effekter ordningen bidrar til (7).



TAVLEMØTE: Det tverrprofesjonelle teamet planlegger oppfølging av pasienter på et tavlemøte. Fra venstre: teamleder Bodil Fagerheim, teamleder Cicilie Sørstrand, fysioterapeut Kari Lie og leder den virtuelle avdelingen i Smøla kommune Gunvor Folde. Foto: Inger-Lise Lervik

Slik jobber teamet

Smøla kommune har jobbet strategisk med å implementere ulike statlige satsingsområder for økt pasientsikkerhet og kvalitetssikring i helsetjenestene over flere år. Prosjektet «Virtuell avdeling for multisyke eldre» ble igangsatt i mars 2018, og etter et år har 65 pasienter vært innom avdelingen.

Pasientene følges opp av kommunens tverrprofesjonelle team som består av tre kommuneleger, to-tre sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut og en klinisk sosionom. Teamet ledes av en spesialsykepleier med master i avansert klinisk sykepleie. De møtes minst én gang i uken for å vurdere status og videre oppfølging av hver pasient som er innlagt.

«De møtes minst én gang i uken for å vurdere status og videre oppfølging av hver pasient som er innlagt.»

Den tverrprofesjonelle organiseringen i VA gir et rammeverk for vurdering og levering av hjemmebaserte tjenester til et prioritert utvalg av pasienter med forhøyet risiko for å bli (re-)innlagt på sykehus eller sykehjem.

Pasientene består i hovedsak av personer som har utfordringer knyttet til akutt forverring av sykdom, skader og/eller funksjonssvikt. De fleste av pasientene som har vært innlagt i VA så langt, har hatt behov for tett og tverrprofesjonell oppfølging etter utskrivelse fra institusjon eller for å unngå innleggelser i sykehjem eller sykehus.

Inneliggende pasienter i VA får en systematisk og tverrprofesjonell oppfølging i fire til fem uker. Deretter gjennomføres en evaluering, hvor det tverrprofesjonelle teamet vurderer om målene for perioden er nådd. I tett samarbeid med pasient og pårørende utarbeides en plan for oppfølging etter utskrivelse.

Ansattes erfaringer

For å få kunnskap om de ansattes opplevelse av å arbeide med VA, gjennomførte vi et fokusgruppeintervju. Seks av de ansatte i VA-teamet samtykket til å delta. Fokusgruppeintervjuet tok utgangspunkt i deres erfaringer med tverrprofesjonell samhandling i VA, samt utfordringer og gevinster.

«Informantene ga uttrykk for at tverrprofesjonelt samarbeid er viktig for å ivareta det økende antallet multisyke pasienter.»

Informantene ga uttrykk for at tverrprofesjonelt samarbeid er viktig for å ivareta det økende antallet multisyke pasienter med komplekse utfordringer. Ved å jobbe tverrprofesjonelt, utveksler de ansatte kunnskap og informasjon, som bidrar til bedre løsninger med utgangspunkt i pasientenes behov og ønsker. I tillegg fant vi at arbeidsformen i VA har stor betydning for økt pasientsikkerhet og kvalitet på tjenestene de leverer.

Flere gevinster

Innføring av VA har bidratt til en bedre avklaring av de ulike profesjonenes roller og ansvar. Informantene fortalte at dette har bidratt til økt jobbmotivasjon og trivsel. Det tverrprofesjonelle samarbeidet i VA har gitt større gjensidig anerkjennelse av kompetanse, og de ulike profesjonene kontakter hverandre oftere for å utveksle erfaring også utenom VA-møtene.

Andre gevinster ved tverrprofesjonelt samarbeid, er økt kunnskap og bevissthet som reduserer misforståelser og gir mer effektiv bruk av tid og ressurser. Flere opplevde at VA har bidratt til reduksjon i innleggelse og reinnleggelse i sykehus og sykehjem, fordi akutt forverring er blitt avdekket på et tidligere tidspunkt.

Informantene nevnte at de systematiske vurderingene og oppfølgingene har ført til at behandling blir igangsatt raskere og pasienter i større grad blir behandlet i hjemmet. I tillegg mente de at etableringen av VA har ført til at færre pasienter blir liggende ferdigbehandlet på sykehuset.

Enhver endring medfører ofte økt arbeidsbelastning i en periode, noe også funnene i denne studien viser. De ansattes opplevelse av å levere tjenester av høy kvalitet gjennom tett og konstruktiv tverrprofesjonelt samarbeid i VA, synes imidlertid å overskygge merarbeid i etableringsfasen i det første driftsåret.

For å utvikle VA-konseptet, mente informantene at det er behov for økt interkommunalt samarbeid som en mulig løsning for å skaffe kompetanse de ikke har tilgang på i dag, for eksempel ernæringsfysiolog og psykolog.

Konklusjon

Innføring av virtuell avdeling i Smøla kommune har bidratt til økt systematisk tverrprofesjonell samhandling i ivaretagelse av multisyke pasienter i hjemmetjenesten.

Felles fokus på viktigheten av å levere pasient- og behovsdrevne helsetjenester, bidrar til bedre forebyggende og behandlende tiltak for å redusere alvorlig forverring av kronisk sykdom. I tillegg kan tidlig oppdagelse av akutt forverring som for eksempel infeksjoner, bidra til raskere behandling. Dette sparer både pasienter og samfunnet for kostbare innleggelses og reinnleggelses i sykehjem eller sykehus.

«Dette sparer både pasienter og samfunnet for kostbare innleggelses og reinnleggelses i sykehjem eller sykehus.»

Gjennom mer systematisk jobbing, effektiv tidsbruk og redusert sykefravær på grunn av økt trivsel på jobb, kan kommunen i tillegg spare utgifter. Dette kan på lang sikt redusere behovet for nye sykehjemsplasser. I tillegg kan det å yte tjenester av god kvalitet øke pasientsikkerheten.

Vi mener derfor at andre kommuner har mye å lære av den systematiske teambaserte tverrprofesjonelle samhandlingen Smøla kommune har i sin virtuelle avdeling.

Referanser

1. Norges offentlige utredninger: NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
2. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
3. Jones J, Carroll A. Hospital admission avoidance through the introduction of a virtual ward. *British Journal of Community Nursing*. 2014;16(7):330–34. DOI: [10.12968/bjcn.2014.19.7.330](https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.7.330)
4. Lewis G, Moore Z, Doyle F, Martin A, Nugent LE. A community virtual ward model to support older persons with complex health care and social needs. *Clinical Interventions of Aging*. 2017; 12:985–93. DOI: [10.2147/CIA.S130876](https://doi.org/10.2147/CIA.S130876)
5. Royal College of Physician. National early warning score (NEWS) 2. Tilgjengelig fra: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2> (nedlastet 08.10.2019).
6. Brevik S, Tymi A. Hva innebærer systematisk klinisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien Forskning* 2013;8(4):324–32.

7. Eines TF, Grønvik CKU, Rødal JH, Sandsmark M. Virtuell avdeling i kommunehelsetjenesten: Smartere og bedre samhandling for multisyke eldre. Arbeidsrapport. Molde: Møreforskning AS; 2019. Tilgjengelig fra: <http://www.moreforsk.no/publikasjoner/rapporter/samfunn/virtuell-avdeling-i-smola-kommune--smartere-og-bedre-samhandling-for-hjemmeboende-multisyke-eldre/1075/3306/> (nedlastet 08.10.2019).

FAGUTVIKLING

Tverrfaglig samarbeid ga bedre legemiddelbehandling

Sykepleiere som deltok i et læringsnettverk sammen med leger og farmasøyter, fikk mer kunnskap om medisiner til eldre.

Læring

Sykepleier

Legemiddelbruk

Sykehjem

Kvalitativt intervju

Utviklingscenter for sykehjem i Nordland (USH) arrangerte læringsnettverk for tverrfaglige forbedringsteam med sykepleiere, leger og farmasøyter i 2014 etter mal fra pasientsikkerhetsprogrammet «Riktig legemiddelbruk i sykehjem» (1). Gjennom å bidra med overordnet ramme med fastlagte arbeidsformer, tidsfrister, rapporteringer og deltakelse skulle USH være pådriver for teamenes fremdrift og resultater (2).

Læringsnettverket gikk over ett år med tre samlinger. Samlingene skulle gi kompetanse innen riktig legemiddelbruk og opplæring i forbedringsarbeid. Erfaringsutveksling var sentralt på samlingene. Mellom samlingene skulle deltakende team arbeide med forbedringstiltak på eget sykehjem. Vi anbefalte legemiddelgjennomgang (LMG) i tverrfaglige møter med sykepleier, farmasøyt og sykehjemslege med tema legemiddelvalg, doseringer og hensiktsmessig administrasjon av legemidler. Risiko og bivirkninger for pasienten sto sentralt, likeså interaksjoner mellom legemidler (1). De øvrige medarbeiderne på sykehjemmene skulle involveres i arbeidet.

USH erfarer at det har skjedd endringer og forbedringer i praksis gjennom deltakelse i dette læringsnettverket. Deltakerne har vist stort engasjement og interesse (2).

Forskning viser at det kan være vanskelig å få komplekse organisasjoner til å lære (3). Når to tilsynelatende like avdelinger gjennomfører samme fagutviklingstiltak, kan resultatene bli forskjellige. Noe av det samme viste sluttrapportene fra forbedringsteamene (2). Mens noen fikk gjennomført ønskede endringer, var det andre som ikke lyktes. Dette er noe av bakgrunnen for min studie.

Intervjuene

Studien har en kvalitativ tilnærming. Jeg intervjuet sykepleiere fra sju sykehjem etter at de hadde deltatt i læringsnettverket. Informantene ble rekruttert gjennom virksomhetsledere.

Mine forskningsspørsmål omfattet sykepleiernes erfaringer med å delta i læringsnettverket, utvikle kvalitet på legemiddelbruk, samhandle med andre samt sykepleiernes vurderinger av nytteeffekt og overføringsverdi til andre. Det ble gjort lydopptak av intervjuene. Intervjuene ble transkribert.

Fikk mer kunnskap

Sykepleierne hadde fått ny kunnskap om legemiddelbruk til eldre og legemidlenes virkninger på pasienten. Flere av sykepleierne sa at de hadde lært mye på læringssamlingene og trakk også frem betydningen av erfaringsutveksling. Slik lærte man av andre og fikk innspill til nye løsninger. Sykepleierne oppdaget også betydningen av å dele egen kunnskap og erfaring med de andre i læringsnettverket. Erfaringsutvekslinger gjorde også at man kunne sammenlikne seg med de andre og få positiv bekreftelse på eget arbeid. Flere av sykepleierne mente at det de lærte på læringssamlingene, virket sterkt motiverende. De ble inspirerte og engasjerte.

Sykepleier Gro sier:

«Mye av det vi lærer på kurs, kan være ganske ullent. Dette var veldig interessant, og det var veldig artig å jobbe med et slikt konkret tema. Jeg ble veldig inspirert og motivert for å få dette inn i praksis.»

Sykepleier Mette ble inspirert til å søke mer kunnskap. På samlingene fikk hun både ny kunnskap om legemidler til eldre og en konkret modell for forbedringsarbeid. Flere ga uttrykk for at dette var bra.

Inspirerte hverandre

På samlingene fikk forbedringsteamene mulighet til felles planlegging av forbedringsarbeidet. Enkelte sykepleiere erfarte at dette var inspirerende og engasjerende.

«Jeg synes det var veldig bra at vi fikk sitte i lag og planlegge og inspirere hverandre. Det synes jeg var mest matnyttig. Sykehjemslegen, fagansvarlig sykepleier, leder og jeg ble engasjert gjennom det vi lærte sammen. [...] Da var det greit at vi noterte under forelesningene og fikk tid til å planlegge etterpå. Vi fikk ideer om hva vi trengte å forbedre, og hva vi måtte skjerpe oss på.»

Sykepleieren opplevde det som motiverende å få ny kunnskap og så betydningen av at de ulike faggruppene lærte samtidig, og at de kunne starte planlegging av eget forbedringsarbeid med det samme. «Fersk og ny» kunnskap ble umiddelbart satt inn i en prosess med avklaring av roller og ansvar og fordeling av arbeidsoppgaver. Sykepleierne jeg intervjuet, opplevde det å omsette kunnskap til praktisk arbeid som positivt og spennende.

Ikke alle kommuner har farmasøyt, men sykepleierne viste kreative måter å engasjere farmasøyt på. I en kommune sendte de legemiddellister til en farmasøyt i nærliggende by, for så å reise dit for et møte. Andre hadde farmasøyten til stede på sykehjemmet hele dager og foretok mange LMG-er. Der farmasøyten var mer tilgjengelig, deltok hun ved de ukentlige legemiddelgjennomgangene. Sykepleierne jeg intervjuet, hadde stort faglig utbytte av dette tverrfaglige samarbeidet. Sykepleier Olga sier det slik:

«Jeg erfarer at de ulike medlemmene av forbedringsteamet har ulike erfaringer, noe som styrker forbedringsarbeidet. Kvaliteten på legemiddelbehandlingen er blitt bedre. Aldri har fokuset på medikamenthåndtering og medikamentbehandling vært større. Vi reflekterer mer over egen praksis og hvilket utbytte pasienten har av behandlingen. Jeg kjenner at jeg blir veldig stolt over hva vi får til, og det er veldig godt å høre at andre har nytte av den erfaringen vi har gjort oss.»

Lærte opp kollegaer

Den kunnskapen som forbedringsteamene fikk, skulle bringes videre i egen organisasjon – i første omgang gjennom målrettede forbedringstiltak. Sykepleier Anne sier følgende:

«Det har vært litt vanskelig å forklare hva dette har gått ut på og å få med de andre i avdelingen. De har nok følt seg litt utenfor i starten av læringsnettverket, selv om vi har prøvd å inkludere og fortelle hva vi holdt på med. Men når de først har vært med på det, så har de skjønnet hvorfor vi var så superengasjerte og ville ha dette i gang. Det var veldig godt å få denne tilbakemeldingen fra andre sykepleiere.»

Sykepleiere forteller at hjelpepleiere som delte ut medisiner fra dosett, fikk større kunnskaper om hvorfor pasientene fikk sine medisiner, og hvordan disse virket. Hjelpepleiere ble tryggere og fikk også en mer aktiv rolle i observasjoner av pasientenes legemiddelbruk.

Å involvere kollegaer i forbedringsarbeidet var en forutsetning for positive endringer i praksis, ifølge sykepleierne. Å sette ny kunnskap i system krevde et målrettet arbeid. Felles fokus, god planlegging og avsatt tid var suksessfaktorer for å lykkes, ifølge sykepleierne jeg intervjuet. Sykepleier Marit sier:

«Personlig har jeg hatt veldig stort utbytte av læringsnettverket, og jeg ser at det har forplantet seg videre i avdelingen. Som nyutdannet sykepleier erfarer jeg at kunnskapen jeg allerede har, blir brukt i større grad etter læringsnettverket. Vi benytter kunnskapen mer når vi går gjennom medisiner og ser på hvilke utfordringer pasienter har.»

Lederens betydning

For å sikre forankring, støtte og spredning i organisasjonen forventet USH at ledere skulle delta i læringsnettverket. Sykepleier Randi hadde denne erfaringen:

«Vi kan takke for godt resultat gjennom et godt lederskap. Vår leder har mange års erfaring som sykepleier og er veldig fokusert på at det skal være rett, det vi gjør. Det smitter igjen nedover i avdelingen.»

Sykepleier Turid hadde andre erfaringer. Lederen påla henne en stor arbeidsbyrde hun ble alene om:

«Det eneste jeg savner, var at vi kunne vært flere i forbedringsteamet. Nå ble gruppa for liten. Jeg sa det til sjefen min da jeg kom hjem, at vi ble så få. [...] Jeg visste ikke på forhånd hva dette gikk ut på. Det er ganske mye arbeid mellom samlingene, både tenkning og planlegging. Det var også vanskelig å forklare mine kollegaer.»

Sykepleierne jeg intervjuet, var ansatt i små kommuner. Flere var alene om det sykepleiefaglige ansvaret på vakt, hadde mange pasienter og stor vaktbelastning. De opplevde likevel å ha liten innflytelse og mulighet for kontinuitet og faglige prioriteringer. Sykepleier Monica sier:

«Jeg har stor betydning som sykepleier og har mye fagansvar og lærer mye i jobben. Imidlertid har jeg stor arbeidsbelastning og møter liten forståelse hos administrasjon og politikere.»

Enkelte sykepleiere hadde erfaringer med å overføre kunnskapen til hjemmetjenesten. De øvrige var usikre på om eldre utenfor sykehjemmet fikk nytte godt av det de hadde lært om legemiddelgjennomganger.

Krav til forbedring

Sykehjemmene er en viktig del av kommunenes helse- og omsorgstjeneste og har store faglige krav til kvalitet i tjenesten. Det er lovpålagt med systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenesten (4). Målsettingen er at kvalitetsarbeid skal være integrert i ordinær virksomhet. Studien viser at man får et godt resultat der leder engasjerer seg og støtter opp.

«Studien viser at man får et godt resultat der lederen engasjerer seg og støtter opp.»

Andre studier viser at når ansatte tilegner seg kompetanse, erfarer de påfallende ofte at den ikke tillegges vekt av lederen, og at kompetanse ikke blir tatt i bruk på en systematisk måte (4).

I dette læringsnettverket var det USH som stilte krav til forbedringsteamene. Teamene sendte inn statusrapporter og månedlige målinger. Sykepleierne ga tilbakemelding om at dette var motiverende da de så fremgangen bedre. En viktig forutsetning for endring av praksis handler om motivasjon (4). Ønsket om å søke å gjøre ting stadig bedre er en grunnleggende forutsetning for kvalitet. Viktige motivasjonsfaktorer for læring var ifølge sykepleierne ros og anerkjenning. Ledere og medarbeidere må derfor etterspørre faglig kunnskap i større grad, og sykepleiere må få rom til å foreta faglige refleksjoner.

En av de største utfordringene er å utnytte den kunnskapen organisasjonen allerede har. Denne kunnskapen får først verdi når den brukes i daglig praksis og kommer pasientene til gode.

Utvikling på jobb

Sykepleierne i studien opplevde å lykkes med forbedringsarbeidet når alle medarbeidere var inkluderte. Blåka og Filstad (5) peker på praksisfellesskapets betydning for læring og kunnskapsutvikling. De understreker at læring er relasjonell og har forankring i en følelse av tilhørighet og felles mål.

Kunnskapsutviklingen som foregår på arbeidsplassen, vil være forankret i situasjonen og blant kollegaene som jobber sammen. Kunnskapen utvikler seg i denne relasjonen, gjennom observasjonene, gjennom å praktisere og ha mulighet til å observere den kunnskapen de representerer. Det betyr at denne kunnskapen ikke kan overføres til en ny situasjon og gi de samme resultatene.

For å nyttiggjøre kunnskapen må man utvikle en kultur basert på tillit, hvor medarbeiderne ser det helt naturlig å involvere hverandre og løse arbeidsoppgaver (5). Dette er en farbar vei for å implementere ny kunnskap i praksis. Ledere bør i større grad se denne muligheten. Ved å etterspørre hva sykepleiere kan og har lært og skatte entusiasmen og motivasjonen, blir det enklere å få til endringer i praksis.

Samarbeid med farmasøyt

Sykepleiere og sykehjemsleger har alltid hatt et etablert samarbeid rundt pasientens legemiddelbehandling. Det som var nytt, var at farmasøyten var med i det tverrfaglige samarbeidet. De som fikk avtaler med en farmasøyt om tverrfaglige samarbeid om legemiddelbehandling, lyktes bedre i forbedringsarbeidet. De ulike faggruppene er likeverdige parter med ulike innfallsvinkler til temaet.

Ikke kultur for å dele

Studien avdekket også at det ikke er kultur for å dele kunnskap og videreføre erfaringer mellom tjenestesteder i egen kommune (2). Statlige føringer presenterer de overordnede rammene for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i årene fremover (6) og peker på at utfordringer er felles for hele helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er det spesielle utfordringer knyttet til samhandlingen mellom tjenestene.

Det kreves mye kompetanse i helse- og omsorgstjenestene, men det mangler en infrastruktur som gjør det mulig å sette kompetanse i sentrum.

«De utfordringene velferdssamfunnet står overfor, kan vi ikke spare oss ut av. De må vi utvikle oss ut av.»

Den nasjonale politiske vektleggingen på kompetanse bør følges opp av samme kvalitetsorienterte holdningen ute i tjenestene (4). Kommunene bør ha mer oppmerksomhet på hvordan praksisfellesskapet kan være med på å utvikle organisasjonen videre, synliggjøre en eksisterende kunnskapsutvikling og dra nytte av gjensidig læring i praksisfellesskapet. De utfordringene velferdssamfunnet står overfor, kan vi ikke spare oss ut av. De må vi utvikle oss ut av (7).

Ansatte må i større grad betraktes som medspillere og viktige ressurser i denne utviklingen. Medarbeidere og ledere i helse- og omsorgstjenestene vil ha stort utbytte av å etterspørre hva sykepleiere kan og har lært, og sykepleiere bør i større grad ta ansvar gjennom å stå frem med sin kompetanse og kvalitet.

En svakhet med studien er at det er få sykepleiere i utvalget, og at man har innhentet erfaringer fra bare ett læringsnettverk.

Konklusjon

Sykepleiere har fått økt kunnskapen sin gjennom å delta i læringsnettverket og er med på å øke kvaliteten på legemiddelbehandlingen for pasienter i sykehjem. Rammene for at denne kunnskapen blir nyttiggjort i praksis, kan bedres.

Politiske føringer krever at vi tenker nytt innen organisering og drift av helsetjenestene for å nå målsettinger med tilgjengelige faglige ressurser. De samlede kompetanseutfordringene må ses i en sammenheng. Jeg anbefaler ledere å fokusere mer på hvordan praksisfellesskapet kan være med på å utvikle organisasjonene videre gjennom å være klar over og ta i bruk kompetansen som medarbeidere opparbeider seg. Videre at de får tid og rom for forbedringsarbeid slik at det kommer pasientene til gode på best mulig måte.

Utviklingssentrene har en pådriverrolle for fag- og kvalitetsutvikling. Studien bekrefter at læringsnettverk er egnet til fagutvikling, implementering av kunnskapsbasert praksis og samhandling med andre faggrupper.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7». Riktig legemiddelbruk i sykehjem. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/riktig-legemiddelbruk-i-sykehjem> (nedlastet 22.05.2019).
2. Utviklingscenter for sykehjem i Nordland. Riktig legemiddelbruk i sykehjem i Nordland sør – fra pilot til læringsnettverk. Lofoten: Utviklingscenter for sykehjem i Nordland; 2015. Rapport 1/2015.
3. Larsen TA, Knutsen B. Læring i handling. Sluttrapport fra et faglig utviklingsprosjekt fra fem sykehjem i Nord-Norge (LIA-prosjektet). Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/45636002-Laering-i-handling-sluttrapport-fra-et-faglig-utviklingsprosjekt-ved-fem-sykehjem-i-nord-norge-toril-agnete-larsen-liv-berit-knutsen.html> (nedlastet 23.04.2019).

4. Haukelien H, Vike H, Bakken R. Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene: evaluering av prosjektet EVUK. Bø: Telemarksforskning; 2009. Tilgjengelig fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2439293> (nedlastet 23.04.2019).

5. Blåka G, Filstad C. Læring i helseorganisasjoner. Oslo: Cappelen Damm; 2007.

6. Meld. St. nr. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester – kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenester. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 2012.

7. Meld. St. nr. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.

FAGUTVIKLING

Sykepleiere på helsehus opplever lav bemanning som belastende

Mer enn halvparten av sykepleierne som deltok i en undersøkelse ved et helsehus i Trondheim, har følt seg utkjørt når de kommer hjem fra jobb. Flere ønsker å slutte som følge av belastende arbeidsforhold.

Arbeidsmiljø

Sykepleiere

Arbeidslivshelse

Økende hjelpebehov i befolkningen presser fremtidens helsevesen. Helsetjenestene utføres blant annet av sykepleiere – «englene i hvite uniformer». Men englene slutter. Statistisk sentralbyrå konstaterer at en av fem nyutdannede sykepleiere ikke jobber i helsetjenesten etter ti år (1).

Medvirkende årsaker til at sykepleiere slutter, er høy arbeidsmengde, stort tidspress, misnøye med lønn, ubekvemme arbeidstider og lav bemanning (2).

Når behovet for helsetjenester tiltar, øker presset på de økonomiske ressursene. Kommunene og staten gjennomfører desperate tiltak, som vi opplever som en ideologi der økonomisk sparing og effektivisering er styrende (3). Tidsskriftet Sykepleien har utarbeidet en «overlevelsesguide» for sykepleiere (4, 5). Behovet av en guide for å overleve sykepleierollen understreker alvorlighetsgraden.

Metode

Bakgrunnen for artikkelen er et forskningsprosjekt gjennomført ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) og et helsehus i Trondheim kommune. Gjennom metodetriangulering har artikkelen én kvantitativ innfallsvinkel i form av et spørreskjema og to kvalitative innfallsvinkler; dybdeintervju av utvalgte sykepleiere ved helsehuset og et ressursintervju med helse- og velferdsdirektøren i Trondheim kommune (6).

Spørreskjemaet består av spørsmål om kollegiale forhold, egen arbeidslivshelse og personlig påkjenning som følge av arbeidsforhold. Spørsmålene er formulert på bakgrunn av litteratur og forskning på emnet (3, 4, 7, 8). Intervjuguiden består av spørsmål som skal undersøke hvilke belastninger sykepleierne opplever som følge av arbeidsforholdene.

Ressursintervjuet med helse- og velferdsdirektøren setter søkelys på hvordan kommunen tilrettelegger for et helsefremmende arbeidsmiljø for sine ansatte i helsetjenestene.

Helse er mer enn fravær av sykdom

Arbeid med å skape helsefremmende arbeidsplasser innebærer at man bør definere helse som noe mer, eller annet, enn kun fravær av sykdom. I jobbkrav-ressursmodellen hevdes det at både helse og produktivitet påvirkes gjennom to parallelle prosesser; en helsereduserende prosess som drives av høye arbeidskrav og som leder til utbrenthet og sykdom, og en motivasjonsprosess drevet av jobbressurser som leder til jobbengasjement, positiv helse og god organisatorisk produktivitet.

Kilder: Torp S, Hva er helsefremmende arbeidsplasser – og hvordan skapes det? og Socialmedicinsk tidskrift. 2013(6):768–79.

Deltakerne svarte på spørsmål

Spørreskjemaet ble besvart av 48 sykepleiere (respondenter), som utgjør 43 prosent av de ansatte ved helsehuset. I tillegg dybdeintervjuet vi fem sykepleiere (informanter). Disse ble valgt ut i samarbeid med helsehusets leder. Informantene var alle ansatt i 100 prosent stilling ved helsehuset, og de hadde minst to års arbeidserfaring. Helse- og velferdsdirektøren i Trondheim kommune bidro som ekstern ressurs.

Vi delte svarene inn i kategorier

Analysen av dataene fra spørreskjemaet er beskrevet med enkle frekvensanalyser.

Intervjuene av sykepleierne er analysert etter anerkjente prinsipper, som består av å skape kategorier ut ifra informantenes uttalelser (9). Følgende kategorier vokste frem: opplevelse av belastninger i arbeidsdagen, belastninger i privatlivet på grunn av arbeidsforholdene og positive forhold på arbeidsplassen (9).

Intervjuet med helse- og velferdsdirektøren handlet om hva kommunen gjør for å tilrettelegge for at de ansatte skal ha et godt arbeidsmiljø og bevare helsen.

Studien er godkjent av ledelsen

Studien er godkjent av prosjektlederen ved NTNU og av ledelsen ved helsehuset samt av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (58522).

Alle respondentene og informantene deltok frivillig. Opplysning om studiens formål var tilgjengelig for respondentene og informantene. Helse- og velferdsdirektøren har godkjent intervjuguiden og den transkribert versjonen.

Resultat

I denne delen presenteres resultater fra spørreundersøkelsen, beskrevet i tabeller og resultater fra intervjuene hvor utsagn fra informantene blir gjengitt.

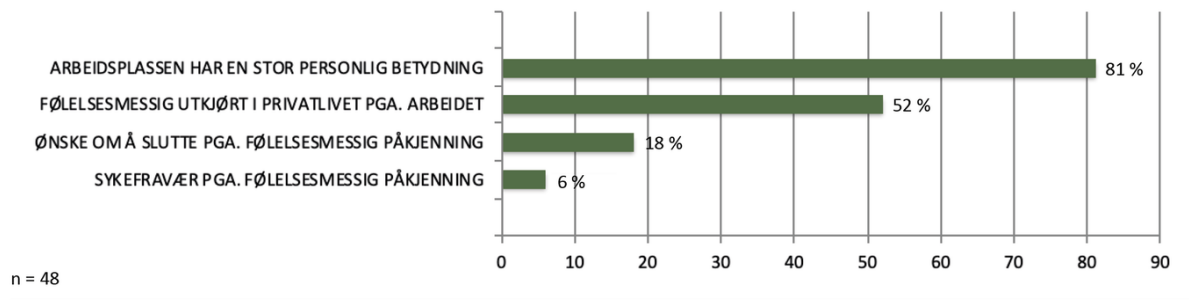
Arbeidsforholdene har konsekvenser

En informant sa: «Jeg er redd jeg skal komme dit hen at jeg må prioritere min egen psyke.»

Av respondentene oppgir 82 prosent at arbeidsplassen er av stor betydning for dem. Respondentene forteller at de føler et personlig engasjement for pasientene, og at de liker å jobbe med dem. På den andre siden har 52 prosent av respondentene følt seg utkjørt i privatlivet på grunn av arbeidets art.

Figur 1 viser at 6 prosent har vært sykmeldt på grunn av følelsesmessige belastninger, og at 18 prosent ønsker å slutte i jobben som følge av belastningene de opplever.

Figur 1. Figuren viser i prosent hvordan sykepleierne besvarte spørsmål om følelsesmessige forhold knyttet til arbeidsplassen



Arbeidsforholdene styres ovenfra

En informant sa: «Dette klarer jeg ikke lenger!»

Helse- og velferdsdirektøren forteller at kommunens vektlegging av helsefremmende arbeidsliv baserer seg på fem elementer: godt arbeidsmiljø, interessante fagoppgaver, nærledelse på arbeidsplassen, hensiktsmessig lønn og tilstrekkelig bemanning.

Ifølge helse- og velferdsdirektøren er det en målsetting for kommunen at de ansatte har spennende arbeidsoppgaver, og at de har mulighet til å tilegne seg mer fagkompetanse. Det skal være nok bemanning til å gjennomføre arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte.

Resultatene fra denne studien viser at lite tid til å utføre arbeidsoppgavene og lav bemanning er mest belastende for respondentene. Videre opplever de søvnmangel som følge av turnus, stress på grunn av høyt arbeidstempo, dårlig samvittighet som følge av at arbeidsoppgaver ikke blir utført, usikkerhet som følge av ustrukturerte rutiner, opplevelse av ansvarsoversvømmelse, og de kan være usikre på hva som blir forventet av dem (figur 2).

Bemanningen er for lav

En informant sa: «Det mest truende er ressursene.»

Flere respondenter beskriver at «lav bemanning» er belastende (figur 2), og alle informantene uttrykker frustrasjon over dette. Helse- og velferdsdirektøren bekrefter at lav bemanning er en trussel mot et helsefremmende arbeidsliv. Årsaken til at bemanningen er lav, er at kommunen ikke har penger til å ansette nok sykepleiere. Mangel på bemanning fører til økt bruk av vikarer ved sykefravær.

Helse- og velferdsdirektøren understreker at det er viktig å bevare jobbengasjementet hos de ansatte ved å fordele arbeidsoppgavene på en slik måte at den enkelte får bruke sin kompetanse. Helse- og velferdsdirektøren ser at bemanningen må økes for at det skal være mulig å gjennomføre.

De ansatte må planlegge slik at de får nok hvile

En informant uttalte: «Jeg gleder meg til i morgen, for da har jeg fri etter flere dager med ansvarsvakt.»

Arbeidet oppleves belastende (figur 2). Informanter ser kveldsvakter som en mulighet til å sove ut etter travle tidligvakter. Videre sier informantene at de ofte må planlegge slik at de får nok hvile før vakter de vet blir travle.

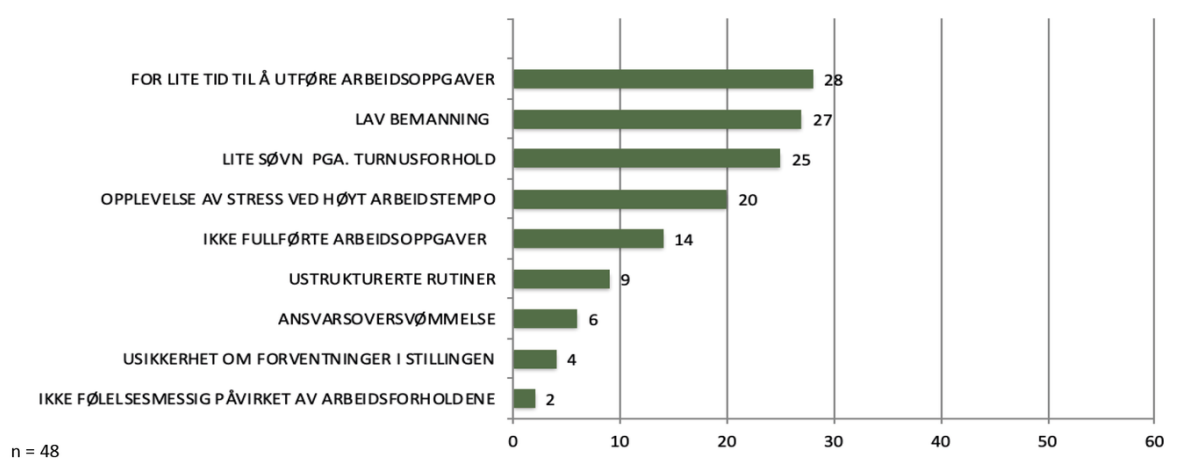
Sykepleierne får ikke fullført arbeidsoppgavene

En informant sa: «Jeg kan gå hjem og tenke på at jeg så vidt har sett pasienten.»

Over halvparten av sykepleierne opplever at de ikke får fullført arbeidsoppgavene sine (figur 2).

Informantene forteller at de må prioritere de viktigste arbeidsoppgavene, fordi tiden ikke strekker til. Resultatet er ekstraarbeid for kolleger som kommer på vakt etter dem. Informantene forteller at de noen ganger ikke gleder seg til neste arbeidsdag, fordi de vet at det blir veldig travelt.

Figur 2. Figuren viser antallet sykepleiere som opplevde de ulike arbeidsforholdene som en påkjenning



Gode relasjoner til kolleger har stor betydning

En informant uttrykte at: «Hva får deg til å holde ut? Kollegene.»

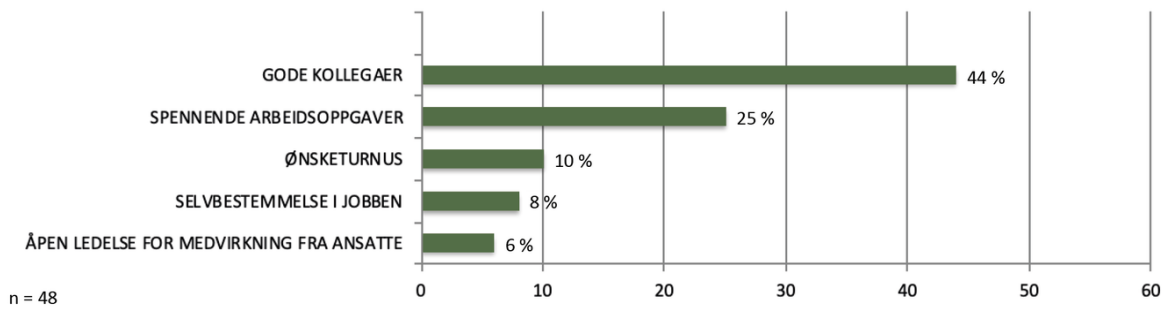
Mange av respondentene i spørreundersøkelsen svarer at det viktigste er «gode relasjoner», hvor 44 prosent av respondentene rangerer det som det viktigste elementet for deres arbeidslivshelse (figur 3). Informanter forteller hvordan de som et team støtter og hjelper hverandre i arbeidsstresset, og hvordan de styrker humøret til hverandre under de belastende arbeidsforholdene.

En informant uttalte: «Du trenger å bryte det gapet fra ansatt til enhetsleder – du trenger den følelsen av å bli sett og hørt!»

God relasjon til ledelsen, anses som viktig av informantene. Helse- og velferdsdirektøren informerer om at kommunen har satset på nærledelse ved å ansette avdelingsledere under enhetslederne. Avdelingslederne jobber helg og kveld og en viss andel tjenesteutøvende. Gjennom nære relasjoner til ledelsen opplever informantene mer åpenhet – både arbeidsrelatert og personlig relatert.

Avdelingslederne oppleves som en viktig del av arbeidshverdagen. Dette gir rom for tilretteleggelse av arbeidshverdagen dersom det er behov for det, ved at avdelingslederne kan steppe inn og bistå med ulike arbeidsoppgaver (figur 3).

Figur 3. Figuren viser i prosent, hvilke arbeidsforhold som sykepleierne rangerte som viktigst knyttet til arbeidslivshelse



Diskusjon

Arbeidsplassen har en personlig betydning

Respondentene uttrykker et personlig engasjement og interesse for fagfeltet (figur 1). Vi kan tolke det slik at respondentene opplever faglig utvikling på sin arbeidsplass (10). Sykepleiernes personlige interesse for arbeidet stimulerer til motivasjon, jobbengasjement og jobbtilfredshet (11).

Kun to respondenter opplever ikke at arbeidsforholdene er en belastning (figur 2). Undersøkelsen viser at de fleste sykepleierne ved helsehuset har belastende arbeidsforhold, med jobbkrav som oppleves som ytre stressorer. (10, 12).

Sykepleierne flykter fra arbeidsforholdene

Funnene styrkes med liknende funn fra Velferdsforskningsinstituttet; sykepleiere ønsker å slutte i jobbene sine på grunn av høy arbeidsmengde, høyt tidspress og for lav bemanning (2). Arbeidsforholdene oppleves av respondentene som belastende i et høyt antall besvarelser (figur 1, 2). Dette gjenspeiler seg i de 18 prosentene som ønsker å slutte (figur 1).

Sykepleieteoretiker Callista Roy vurderer sykepleiernes evne til å tilpasse seg arbeidsforholdene opp mot behovet for å flykte unna for å bevare sin egen helse (10, 13, 14). Dette understrekes også i Antonovskys utsagn om at å bevare sin egen helse blir sett på som en indre motivasjon for mennesker, nærmest som en instinktiv atferd (15). Informantene i denne studien understreket at de ofte må tilpasse sin fritid slik at de får nok hvile før en krevende vakt.

«De som blir igjen på arbeidsplassen, får det ekstra krevende.»

Følelsesmessig belastning som følge av arbeidsforhold, kan medføre høyt sykefravær, noe som igjen kan bli ekstra utfordrende for dem som er på jobb (16). Arbeidsbelastningen sykepleierne opplever i forbindelse med høyt sykefravær kan være med på å svekke deres personlige engasjement for jobben og dermed true deres opplevelse av jobbengasjement. Det kan igjen føre til at de slutter i jobben, og at de som blir igjen på arbeidsplassen, får det ekstra krevende (11).

Arbeidsforholdene har konsekvenser

Noen respondenter beskrev at de har behov for at arbeidsdagen blir tilrettelagt slik at de får tid nok til å utføre arbeidsoppgavene (figur 2). For liten tid til å gjøre alt arbeidet, opplevde sykepleierne som stressende og at arbeidsoppgaver var uferdige når de gikk hjem, opplevde de som utfordrende og lite tilfredsstillende (figur 2).

Undersøkelser viser at utbrenthet er relatert til jobbkontroll og passiv mestring (11, 12). Resultatene viste at for liten tid til å utføre arbeidsoppgaver er en kilde til følelsesmessig belastning (figur 2).

Våre informanter ga uttrykk for at de ønsket å utføre omsorgsfull pasientpleie. Dette samsvarer med yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, om god og helhetlig omsorg (17). Mestringsevnen til å møte utfordringer som knapphet på tid og ressurser, er individuell (11, 18), og vår studie viste at 52 prosent av respondentene var følelsesmessig påvirket i privatlivet av utfordringer på jobben (figur 1, 2).

«Kombinasjonen av liten tid og høye jobbkrav kan medføre nedsatt helse.»

Kombinasjonen av liten tid og høye jobbkrav kan medføre nedsatt helse (11, 12, 14, 18). Stress er ikke helsefremmende for noen, men med uforutsigbare pasientsituasjoner følger høye arbeidskrav (12, 19). Jobbkrav i seg selv utgjør ikke en helserisiko for de ansatte, men hvis jobbkravene er både høye og uforutsigbare er det en klar helserisiko (20).

Arbeidsforhold der mengden arbeid er stor og det er for få personer til å utføre arbeidet, kan føre til yrkesrelatert stress. Stress kan påvirke sykepleiernes helse og skape sviktende engasjement i arbeidet (20, 21).

Respondentene rapporterte at arbeidsforhold som ustrukturerte rutiner, ansvarsoversvømmelse og usikkerhet om forventninger, kan være håndterbart (figur 2). Høy arbeidsmengde ser derfor ut til å være den største trusselen mot synkende involvering og engasjement i arbeidet (11, 21, 22).

Informantene gledet seg til å ha fri for å restituere seg. Kveldsvaktene ble sett på som en bonus, fordi det ga dem anledning til å sove lengre om morgenen og å spare energi til neste dag. Flere av respondentene svarte at de får for lite søvn når de jobber turnus og at det er en stor påkjenning (figur 2). Konsekvensene av for korte intervaller mellom kvelds- og tidligvakter var for dårlig restitusjon og søvnproblemer (23).

Energi i form av søvn er kroppens oppladning for å fungere – også mentalt (10). Energi er også en kilde til resiliens, initiativ og engasjement både på jobb og i fritiden (11, 18, 21). Bedre tilretteleggelse for hvile, restituering, søvn og stressmestring for ansatte må prioriteres (24).

Gode kolleger er viktig for trivselen

Spennende arbeidsoppgaver ble av respondentene rangert som det nest viktigste for arbeidslivshelsen (figur 3). Gode kolleger og fellesskapet var rangert høyest av respondentene, som en kilde til både tilfredshet og jobbengasjement (figur 2 og 3). Opplevelsen av spennende arbeidsoppgaver, utvikling av egen fagkompetanse, tilrettelagte turnusordninger og selvbestemmelse, var faktorer som ble rangert under betydningen av gode kolleger (figur 3).

Tilstrekkelig med sosial tilhørighet på arbeidsplassen og bedre fordeling mellom ressurser og jobbkrav er nødvendig for at resiliens skal utvikles (18). Med sosial tilfredshet dekkes grunnleggende behov som trygghet, tilhørighet og anerkjennelse med selvrealisering og mestring som konsekvens (10, 11). I denne studien oppgir 52 prosent av respondentene å være følelsesmessig utkjørt i privatlivet på grunn av arbeidsforholdene.

Bemanningen er for lav

Lav bemanning ble av informantene beskrevet som den største trusselen mot både pasientsikkerheten og et helsefremmende arbeidsmiljø. Helse- og velferdsdirektøren ser at det er behov for å øke bemanningen. Informantene ønsker endringer av bemanningen, og respondentene opplever lav bemanning som en stor belastning (figur 2).

I lys av Callista Roys' systemteoretiske tankegang er sykepleierne ett av de viktigste leddene i utøvelsen av helseoppgaver i helsetjenesten (13).

Helse- og velferdsdirektøren mener at utstrakt bruk av vikarer har effekt på arbeidsmiljøet da ukjente kolleger truer et stabilt kollegialt arbeidsmiljø og arbeidsflyten. Flere av informantene vektla også et stabilt arbeidsmiljø som viktig. Det kan derfor tenkes at å investere i et stabilt arbeidsmiljø med tilstrekkelig bemanning reduserer behovet for å bruke vikarer.

Gode kollegiale forhold fremmer bedre arbeidsmiljø og bidrar til økt jobbengasjement, som igjen gir energi til pasientmøtene, arbeidsmengden, ekstraarbeidet og privatlivet (12, 13, 21, 22).

«Ved tilstrekkelig bemanning, kan det tenkes at flukt fra belastende arbeidsforhold kan reduseres.»

Helse- og velferdsdirektøren understreket at manglende økonomiske ressurser er årsaken til lav bemanning. Flere kolleger kan styrke det psykososiale arbeidsmiljøet for dem som allerede arbeider på helsehuset, og være en kilde til sosial tilfredshet. Når arbeidsmengden blir fordelt på flere sykepleiere, kan det føre til økt jobbengasjement, som igjen kan føre til bedre pasientbehandling (10, 12).

God bemanning handler også om å spesifisere fagkompetansen riktig slik at arbeidsoppgavene kan fordeles i forhold til kompetanse og være med på å øke jobbengasjementet. Ved tilstrekkelig bemanning, kan det tenkes at flukten fra belastende arbeidsforhold kan reduseres (10, 12). Kanskje trengs ikke flere overlevelsesguider for sykepleiere i fremtiden (4)?

Artikkelens styrker og begrensninger

Metodetriangulering gir utdypende informasjon som berører problemstillingen direkte. Intervjuer gir mer dybde til dataene og gir narrativ tilleggsinformasjon (9). Vi har bare undersøkt hvordan det er å jobbe ved ett helsehus i kommunen, og det begrenser generaliserbarheten av studien.

Konklusjon

Resultatene viser at sykepleierne har et personlig forhold til arbeidsplassen sin, og at de er engasjerte. På arbeidsplassen får de bruke kunnskapene sine og være sammen med kolleger. Hvis arbeidet blir for belastende blir sykepleierne utbrente og det har konsekvenser også for privatlivet deres. Flere ønsker å slutte som følge av belastende arbeidsforhold.

Det var særlig lav bemanning og manglende tid til å utføre arbeidsoppgaver, som var frustrerende for dem. Sykepleierne selv ønsker å gi god omsorg til sine pasienter. Det vil være helt avgjørende i fremtiden å tilrettelegge for bærekraftige arbeidsforhold for eksisterende og nye sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Sykepleierne ved dette helsehuset vil måtte forlate arbeidsstedet for å ta vare på sin egen helse hvis dagens arbeidsforhold opprettholdes.

Referanser

1. Skjøstad O, Hjemås G, Beyer S. 1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten. Norge: Statistisk sentralbyrå; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten> (nedlastet 11.05.2020).
2. Gautun H, Øien H, Bratt C. Underbemanning er selvforsterkende. Oslo: Velferdsforskningsinstituttet NOVA; 2016. Nova-rapport 2016:6. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjonar/Rapporter/2016/Underbemanning-er-selvforsterkende> (nedlastet 11.05.2020).
3. Orvik A. Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm; 2017.
4. Tholens B. Her er overlevelsesguiden for sykepleiere. Sykepleien; 20. desember 2017. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2017/12/her-er-overlevelsesguiden-sykepleiere> (nedlastet 11.05.2020).
5. Lov av 02. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettighet (pasient- og brukerrettighetsloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=helsepersonelloven> (nedlastet 11.05.2020).
6. Røykenes K. Metodetriangulering – et metodisk minefelt eller en berikelse av fenomener? Sykepleien Forskning. 2008;3(4):224–6. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/metodetriangulering-et-metodisk-minefelt-eller-en-berikelse-av-fenomener> (nedlastet 11.05.2020).

7. Haugan G, Rannestad T. Helsefremming i kommunehelsetjenesten. Oslo: Cappelen Damm; 2014.
8. Pejtersen JH, Bjørner JB, Hasle P. Måling af virksomhedens sociale kapital – udarbejdning af et selvevalueringsværktøj. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.socialkapital.org/wp-content/uploads/2011/11/Notat-fra-NFA-om-m%C3%A5ling-af-virks-sociale-kapital.pdf> (nedlastet 28.05.2020).
9. Ellingsen S, Drageset S. Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning. En introduksjon og oversikt. Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning, 2008;10:23–38.
10. Saugstad P. Psykologiens historie. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2009.
11. Fiabane E, Giorgi I, Sguazzin C, Argentero P. Work engagement and occupational stress in nurses and other healthcare workers: the role of organisational and personal factors. JCN. 2013;22(17–18):2614–24. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.12084> (nedlastet 11.05.2020).
12. Christensen M, Underbakke KG. KIWEST – teorier, begreper og indekser. Oslo: ARK, Arbejdsmiljø- og klimaundersøkelser; 2013. Tilgjengelig fra: <https://docplayer.me/18175624-Kiwest-teorier-begreper-og-indekser.html> (nedlastet 11.05.2020).
13. Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug EA. Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon. Bind 1. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2014.
14. Hansen ET. Motstridende krav i jobben spiller det noen rolle? Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt STAMI; 25. januar 2018. Tilgjengelig fra: <https://stami.no/motstridende-krav-i-jobben-spiller-det-noen-rolle/> (nedlastet 11.05.2020).
15. World Health Organization. Health promotion. WHO: 2020. Tilgjengelig fra: http://www.who.int/topics/health_promotion/en/ (nedlastet 11.05.2020).
16. Aagestad C, Johannessen H A, Tynes T, Gravseth HMU, Sterud T. Work-related psychosocial risk factors for long-term sick leave: a prospective study of the general working population in Norway. J Occup Environ Med. 2014;56(8):787–93. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25099403> (nedlastet 11.05.2020).

17. Norsk sykepleieforbund. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (nedlastet 11.05.2020).
18. Fjerstad E. Frisk og kronisk syk; et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2010.
19. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20-%20og%20omsorgstjenesteloven> (nedlastet 11.05.2020).
20. Heijden BVD, Demerouti E, Bakker AB. Work-home interference among nurses: reciprocal relationships with job demands and health. *JAN.* 2008;62(5):572–84. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2648.2008.04630.x> (nedlastet 11.05.2020).
21. Finne LB, Christensen JO, Knardahl S. Psychological and social work factors as predictors of mental distress: a prospective study. *PLoS One.* 2014;9(7):e102514. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4105444/> (nedlastet 11.05.2020).
22. Hombur V, Heijden BVD, Valkenburg L. Why do nurses change jobs? An empirical study on determinants of specific nurses' post-exit destinations. *JNM.* 2013;21(6):817–26. Tilgjengelig fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.12142> (nedlastet 11.05.2020).
23. Sivertsen B, Øverland S, Bjorvatn B, Mæland JG, Mykletun A. Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study. *J Psycho Res.* 2009;66(1):167–74. Tilgjengelig fra: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399908003553?_rdoc=1&_ft=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aea92ffb (nedlastet 11.05.2020).
24. Eldevik MF, Flo E, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than 11 hours in-between shifts. *PLOS ONE.* 2013. Tilgjengelig fra: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0070882> (nedlastet 11.05.2020).