

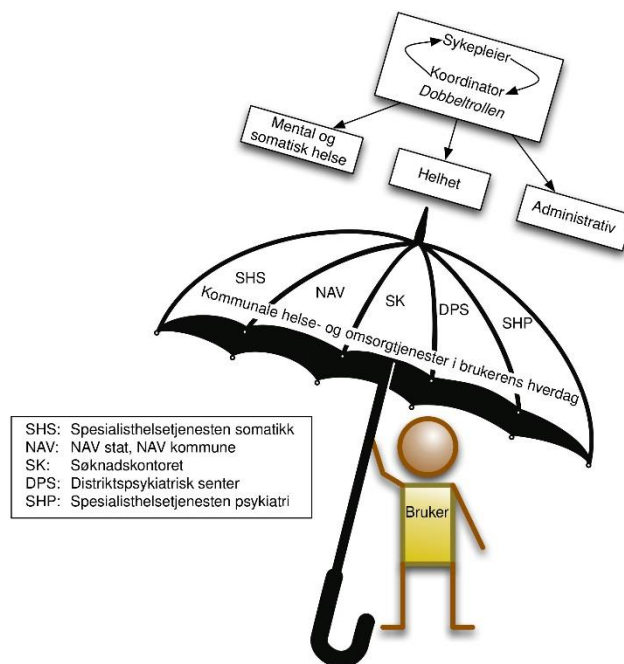
# MASTEROPPGAVE

## Master i sykepleie - klinisk forskning og fagutvikling

September 2019

Koordinator som en del av sykepleierrollen

En kvalitativ studie av hvordan koordinatorrollen forstås og utøves i kommunalt psykisk helsearbeid



**Student:** Anne Jeanette Sylta

**Veileder:** Jonas Debesay

**Tematisk fordypning:** 7323 ord

**Artikkel:** 6750 ord uten tittelside, med litteraturliste

**OSLOMET**

**Fakultet for helsevitenskap (HV)**

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**

**OsloMet – storbyuniversitetet**



## FORORD

Jeg vil rette en stor takk til **OsloMet – Storbyuniversitetet** som har gitt meg muligheten til å ta en spennende og innholdsrik master. Tusen takk til min tålmodige veileder **Jonas Debesay** som har bidratt med nyttige råd, god støtte og reflekterte tilbakemeldinger. Takk for at du gjennom prosessen fra start til ferdig masteroppgave har hjulpet meg inn på rett spor og funnet nye veier når jeg har stått fast.

Takke til min ektemann **Trenton W. Schulz** for at du har bidratt med hjelp til metode, det datatekniske, språkvask på engelsk og utforming av figurer og tabeller. Takk for din uendelige støtte også i de stundene alt virket så håpløst.

**Rita H. Huse**, min mor, vil jeg takke for hjelpen med det nynorske språket i de skriftlige dokumentene til kommunene og deltakere.

Jeg vil rette en stor takk til **ledelsen i kommunene** som gav meg tilgang til å gjennomføre studien i deres kommune, og for hjelpen med rekruttering. Tusen takk til **sykepleierne, sosionomene** og **lederen** som satte av tid til å delta og bidra med viktig kunnskap til koordinatorrollen i sykepleie.

Tusen takk til min **familie**, som åpnet sine hjem for å gi meg husly under datainnsamlingen når dette ikke kunne gjøres fra hjemmefronten.

Jeg vil takke **bibliotekarene** ved OsloMet – Storbyuniversitetet for hjelp til søk i databaser. Takk til **medstudenter** og andre **lærere** ved OsloMet – Storbyuniversitet som har gitt viktige tilbakemeldinger av konstruktiv karakter ved masterseminarene.

Uten alle dere hadde ikke denne masteroppgaven blitt til!

Anne Jeanette Sylta

Oslo, september 2019

## SAMMENDRAG

### **Koordinator som en del av sykepleierrollen: En kvalitativ studie av hvordan koordinatorrollen forstås og utøves i kommunalt psykisk helsearbeid.**

**Bakgrunn:** Som følge av økt fragmentering og lite tilgjengelighet overfor brukere med behov for sammensatte tjenester, ble koordinatorrollen i kommunalt psykisk helsearbeid etablert. Det var et uttalt behov for å øke kompetansen innen psykisk lidelse og utvikle mer oppsøkende tjenester med et samarbeid på flere forvaltningsnivåer. Etter flere år med utprøving av koordinatorfunksjonen, fremstår den fortsatt som uklar både i beskrivelsen av rollen og i den praktiske utførelsen av arbeidet i kommunehelsetjenesten.

**Hensikt:** Å undersøke hvordan koordinatorrollen forstås og utøves innen sykepleie i kommunalt psykisk helsearbeid.

Spørsmålene som besvares i studien er: Hvilke kjennetegn tilskrives rollen som koordinator? Hvilke muligheter og begrensninger opplever sykepleieren i sin rolle som koordinator? Hvordan påvirker rollen som sykepleier og koordinator hverandre?

**Metode:** Studien har et kvalitativt design og utvalget består av 10 sykepleiere, 2 sosionomer og 1 leder. Datamaterialet er innhentet gjennom fokusgruppeintervju, individuelle intervju og observasjon. Analysene er basert på Malteruds systematisk kondensering av intervjuetekst og Fangens tilnærming til analyse av observasjonsdata.

**Resultatene** Kombinasjonen av rollen som sykepleier og koordinator opplevdes ofte som diffus, noe som medførte en dobbelthet i rollen. Samtidig ble sykepleiernes allsidige kompetanse innen både somatisk og mental helse trukket frem som en fordel i koordinatorrollen. Kombinert med koordinatorrollens administrative oppgaver, bidrog den til at sykepleierne fikk et helhetlig bilde av brukernes behov.

### **Konklusjon:**

Koordinatorrollen innen sykepleie i kommunalt psykisk helsearbeid er generelt utformet i politiske og administrative dokumenter. Nærmere definering og utfylling av rollen er derfor overlatt til sykepleierne og samarbeidende profesjoner. Dette skaper utfordringer i rolleforståelsen i den kliniske hverdagen, noe som krever økt fokus på oppfølging og tilføring av organisatorisk kompetanse til sykepleiere.

**Nøkkelord:** Koordinator; Sykepleie; Rolle; Psykisk helsearbeid; Samhandling; Kommunehelsetjenesten

## ABSTRACT

### **The Coordinator as Part of the Nurse's Role: a Qualitative Study of How the Coordinator Role is Understood and Practiced in Municipal Mental Health Work.**

**Background:** The coordinator roll for municipal mental health work was created to combat the increased fragmentation and low availability of services targeted to users with mental disorders. There was an obvious need to increase the competency in identifying, caring for, and treating of mental disorders. This led to develop more and better outreach services involving cooperation between more levels of government. After several years of coordinator trials, there was still an unclear description of the role and how it should be practiced in municipal health work.

**Aim:** To investigate how the coordinator role is understood and practiced by nurses in municipal mental health work.

The research questions were: What features describe the role as the coordinator role? What opportunities and limitations do nurses experience in their role as coordinator? How do the nursing role and the coordinator role affect each other?

**Method:** The study used a qualitative design and the sample consisted of ten nurses, two social workers, and one leader. Focus group interviews, individual interviews, and observations were used to gather data. The data analysis was based on Malterud's systematic condensing of interview text and Fangen's approach for analyzing the observation data.

**Results:** Nurses experience the combination of the nursing and coordinator role as diffuse, which results in duality of the role. At the same time, the nurses' general competence in somatic and mental health is put forth as an advantage in the coordinator role. The administrative tasks from the coordinator role contributed to the nurses obtaining a better overall picture of the users' needs.

**Conclusion:** Basic description of the coordinator role for nurses working in municipal mental health work is in political and administrative documents. More exact definitions and descriptions of the role are therefore left to the nurses and the different professionals they cooperate with. This creates challenges in understanding the role as part of daily clinical work. This therefore requires an increased focus on following up and providing organizational competency to nurses.

**Keyword:** Coordinator; Nurse; Role; Mental Health Services; Cooperation; Municipal Health Service

## INNHold

FORORD .....	I
SAMMENDRAG .....	II
ABSTRACT .....	III
INNHold .....	IV
DEL 1 TEMATISK FORDYPNING .....	9
1.0 INNLEDNING .....	11
1.1 Koordinatorrollen i kommunalt psykisk helsearbeid.....	12
1.2 Søkestrategi og litteraturgjennomgang.....	14
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER .....	16
2.1 Kunnskap i profesjoner.....	16
2.2 Rolleteori .....	17
3.0 METODE .....	20
3.1 Kildetriangulering.....	20
3.2 Deltakende observasjon.....	21
3.3 Utvalg .....	21
3.4 Fokusgruppeintervju og individuelt intervju .....	22
3.5 Transkribering.....	23
3.6 Analyse .....	23
3.7 Refleksivitet og rolle i studiekonteksten .....	25
3.8 Ethiske overveielser.....	26
3.9 Informasjonsskriv og rekruttering .....	26
3.10 Fortrolighet og oppbevaring av datamaterialet.....	27
4.0 RESULTATER .....	28
5.0 DISKUSJON.....	30
6.0 KONKLUSJON .....	33
7.0 LITTERATURLISTE .....	34
DEL 2 ARTIKKEL .....	41
DEL 3 VEDLEGG .....	64
VEDLEGG 1 FORFATTERINSTRUKS NORDISK TIDSSKRIFT FOR HELSEFORSKNING .....	66
VEDLEGG 2 SELVVALGT LITTERATUR.....	71
VEDLEGG 3 GODKJENNING FRA NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA (NSD) .....	82
VEDLEGG 4 INTERVJUGUIDER.....	86

VEDLEGG 5 SKJEMA FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER .	98
VEDLEGG 6 INORMASJONSSKRIV TIL KOMMUNE OG DELTAKERE ...	105
VEDLEGG 7 POSTER .....	114
VEDLEGG 8 PICO .....	115





# DEL 1 TEMATISK FORDYPNING



## 1.0 INNLEDNING

Denne masteroppgaven er todelt og består av en tematisk fordypning og en artikkel.

Artikkelen skal sendes til Nordisk tidsskrift for helseforskning.

Artikkelen og den tematiske fordypningen er basert på en empirisk studie jeg har gjennomført ved masterprogrammet i sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling, ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Studien omhandler situasjonen til sykepleiere som arbeider i en koordinatorrolle, hvor de fungerer som brukerens tjenesteyter i hverdagen, og skal sørge for helhetlig oppfølging av brukeren med andre samarbeidspartnere. Samarbeidspartnerne kan strekke seg over alle tjenestenivåene i helsetjenesten fra førstelinjetjenesten (kommunehelsetjenesten), andrelinjetjenesten (spesialisthelsetjenesten) til tredjelinjetjenesten (fylkeskommunen) (Ringard, Sagan, Sperre Saunes, & Lindahl, 2013).

Masteroppgaven er delt inn i 3 deler: tematisk fordypning (1), artikkel (2) og tilhørende dokumentasjon som vedlegg (3). Artikkelen handler om hvordan sykepleiernes rolle som koordinator i psykisk helsearbeid forstås og utøves. Sykepleierens funksjon som en kombinasjon av koordinator og sykepleier belyses med utgangspunkt i empiriske bidrag fra observasjoner og intervjuer med sykepleiere, sosionomer og en leder fra psykisk helsearbeid.

En tematisk fordypning innebærer en utdypning av sentrale temaer som artikkelformatet gir lite plass til. Det kan være teoretiske og metodologiske overveielser, og/eller en utfyllende presentasjon av funn (OsloMet - Storbyuniversitetet, 2018). Denne tematiske fordypningen er en utdypning av studiens tema og problemstillinger. Den tar for seg begreper, metodiske fremgangsmåter, etiske vurderinger og resultater. Metoden for innhenting av kilder til litteraturgjennomgang er også beskrevet i den tematiske fordypningen. Bakgrunnsdelen er en kort redegjørelse av det politiske grunnlaget for opprettelsen av koordinatorrollen, samt en gjennomgang og vurderinger av litteraturen på feltet. Videre følger en gjennomgang av de teoretiske perspektivene som studien drar veksler på i analysen av de empiriske dataene. I metodedelen beskrives fremgangsmåten for innsamling og analyse av datamaterialet. Denne delen inkluderer også etiske refleksjoner knyttet til blant annet personvern hensyn for deltakerne i studien. I resultatdelen presenteres hva som kommer frem i empirien fra datainnsamlingen, med særlig vekt på funn som i liten grad er berørt i artikkelen, eller som

understøtter konklusjonen i den. Endelig diskuteres empirien i lys av tidligere studier, politikk og teori.

I starten og underveis i studien ble det tatt flere strategiske valg av tematisk og metodologisk art. Dette gjaldt blant annet med tanke på individuell plan (IP). Politisk blir koordinatorrollen tett knyttet til IP (Helsedirektoratet, 2017; Kjellebold, 2013; Kjørstad, Syse, & Kjelland, 2017). IP knyttes tett opp mot koordinatorrollen blant annet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 7 (2011) og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 5 (2011). Spørsmål om IP ble dermed inkludert i intervjuguiden i første omgang, i den tro at IP var implementert i kommunene som et aktivt brukt dataverktøy. Under intervju med et par sykepleiere og leder kom det frem at IP i liten grad ble anvendt i kommunen, som følge av usikkerhet rundt regler og funksjonell del. Dessuten var det enighet om at en del av samarbeidspartnerne ikke hadde tilgang.

Alle figurer som inngår i masteroppgaven, er laget av undertegnede ved bruk av offentlige domener, og de er ikke opphavsrettslig beskyttet. Bildene på posterne er også tatt av undertegnede.

### 1.1 Koordinatorrollen i kommunalt psykisk helsearbeid

En kartlegging av helsetjenestene i Norge på midten av 90-tallet viste utfordringer som fragmentering, lite tilgjengelighet og utdaterte kunnskapstradisjoner, spesielt for brukere med behov for sammensatte tjenester over flere nivåer og sektorer. Dette førte til et politisk engasjement med påfølgende etablering av koordinatorrollen i kommunalt psykisk helsearbeid. Det var et uttalt behov for å øke kompetansen innen psykisk lidelse, psykososiale utfordringer samt mer oppsøkende tjenester med samarbeid på flere forvaltningsnivåer (Andersen, 2018; Ramsdal, 2013; Sosial- og helsedepartementet – SHdir, 1997; Sosialkomiteen, 1997). Dette førte til den storstilte opptrappingsplanen for mental helse, som skulle bidra til bedre samarbeid, et mer sammenhengende tjenestenettverk og at brukerens perspektiv ble sett (St.prp. nr. 63 (1997–1998), 1998). Krav til gjennomføring overfor kommunen ble stadfestet gjennom § 6-2 a i lov om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven – khl, 1982) og ved opprettelse av forskrift om habilitering og rehabilitering (2001) § 8.

I 2009 ble det gjennomført en ny kartlegging av samhandling i helsevesenet. Resultatene fra kartleggingen viste at det fortsatt var samhandlingsutfordringer, blant annet i praktiseringen av koordinatorrollen. Man tenkte at en mulig løsning på samhandlingsutfordringene kunne

være at kommunen ble lovpålagt å tilby brukere en koordinator. Dette førte til en videre vurdering om lovendring av helse- og omsorgskomiteen (Helse- og omsorgsdepartementet- HOD, 2009; Helse- og omsorgskomiteen, 2010), noe som igjen førte til proposisjonen til Stortinget om forslag til lovvedtak (Helse- og omsorgsdepartementet – HOD, 2011). Som følge av dette ble kommunen pliktig til å oppnevne en koordinator til brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester, gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven – hol, 2011) § 7-2 og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) § 21. Mens helsepersonell etter lov om helsepersonell (helsepersonelloven – hpl, 1999) § 38 a ble pliktig til å melde om behov for IP og koordinator etter lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven – pbri, 1999) § 2-5.

Siden regjeringen nå i mange år hadde hatt fokus på og bidratt med økonomiske midler til å bedre tjenestene til personer med psykisk lidelse, ble det politisk sett som nødvendig å gi økt oppfølging til personer med rusmiddelproblematikk i form av økt kompetanse og mer økonomiske midler. Dette bidro til en opptrappingsplan for rusfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet – HOD, 2012; Prop. 15 S (2015–2016), 2015).

I 2015 så man fortsatt et behov for å styrke samarbeidet på tvers av sektorer og etablere en felles forståelse av de forhold som påvirker den mentale helsen, samt et behov for økt strukturering av koordinatorrollen (Helse- og omsorgsdepartementet – HOD, 2015a, 2015b). Koordinatorrollen ser ut til å være et av forslagene som kommer opp, når det er snakk om å bedre samarbeidet i helsevesenet, men det har vært et behov for å definere og beskrive rollens funksjon og utførelse. Helsedirektoratet har ved flere anledninger prøvd å samle de ulike beskrivelsene av koordinatorrollen i flere veiledere som hver fokuserer på enten lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid eller rehabilitering, habilitering, IP og koordinator, samt en veileder til brukere med store og sammensatte behov (Helsedirektoratet, 2014, 2017, 2018b).

Koordinatorrollen er i dag fortsatt et aktuelt tema som diskuteres politisk. Helse- og omsorgsdepartementet – HOD sendte i 2016 en bestilling til Helsedirektoratet om å utvikle pakkeforløp for psykisk helse og rus (2018a) i samhandling med fagpersonell, personer med brukererfaring og pårørendeorganisasjoner. Pakkeforløp for psykisk helse og rus ble implementert i januar og februar 2019 og er fortsatt på dette stadiet. I planen for pakkeforløpet er det et eget avsnitt om koordinatorrollen i kommunen, som nå blir kalt forløpskoordinator (Helsedirektoratet, 2018d, 2019).

Koordinatorrollen har altså ofte vært tatt opp politisk de siste 23 årene. Samtidig er rollens funksjon fortsatt uklar. Det kan være vanskelig å forsøke å beskrive koordinatorrollen i den daglige driften, siden tilgjengelig informasjon ofte er kort og i stor grad spredd.

## 1.2 Søkestrategi og litteraturgjennomgang

I søk etter artikler ble PICO (vedlegg 8) anvendt for å planlegge og systematisere litteratursøket (Bjørk & Solhaug, 2008). For å utvikle søkeordene i PICO ble nøkkelordene i problemstillingen og Helsebiblioteket (MeSH) anvendt. Ytterligere søkeord som Care Coordinator og Community Mental Health Service ble lagt til som anbefalte søkeord fra databasene. Dette er søkeordene som har gitt mest relevante treff på artikler i databasene.

Relevante databaser ble funnet gjennom listen over databaser ved OsloMet – Storbyuniversitetet (2019). Databaser med tema medisin, helsefag, sykepleie, psykologi, psykiatri, politikk og lovverk ble vurdert som relevante. Dette gav databasene: Cinalh, Idunn, Helsebiblioteket (Kunnskapspyramiden), Medeline, PsycINFO, Cochrane library, Oria, ERIC, ProQuest, PsycArticles, Virksomme ord, PubPsych, Rettsdata og Lovdata Pro. Databasene gav ikke optimalt med treff, så de fleste artiklene ble funnet via litteraturlisten til Michaelsen, Vatne og Hollingens (2007) artikkel fra PsycArticles. For eksempel var det i litteraturlisten henvist til en relevant artikkel skrevet av Alan Simpson, som arbeider ved City University of London. Skolens hjemmeside ble anvendt for å finne Simpsons publikasjoner, og artikkelen skrevet av Hannigan, Simpson, Coffey, Barlow og Jones (2018) ble trukket ut som relevant. Artikkelen inneholdt informasjon om forfatterens arbeidssted, som gav videre søk på forfatterne Hannigan, Coffey, Barlow og Jones. Dette førte videre til Jones, Hannigan, Coffey og Simpson (2018).

Andre anvendte kilder er Regjeringen.no og Helsedirektoratet.no for søk etter politiske dokumenter som veiledere, pakkeforløp, proposisjoner, stortingsmeldinger og NOU-rapporter. Deichman ble anvendt for søk etter fysiske bøker og NAPHA.no for nettbaserte publiserte artikler.

Hovedsakelig studeres koordinatorrollen internasjonalt i relasjon til sykehus, barn, somatikk, spesifikk diagnose og veteraner. For eksempel studerer Neal, Brown og Rojjanasrirat (1999) koordinatorrollen på en lukket psykiatrisk post på et sykehus i USA. Benzer, Cramer, Burgess, Mohr, Sullivan og Charns (2015) studerer hvordan koordinering av tjenester virker i USA med veteraner som er påført psykisk lidelse. Rutz, Bont, Robben og Buitendijk (2016) evaluerer bruken av verktøyet «journey tool», som skal endre reisen barn gjennomgår i

helsevesenet i Nederland til en mer hensiktsmessig reise ved koordinering, og Watson (2018) beskriver og diskuterer sykepleierens rolle som koordinator med personer som lever og eldes med hiv.

Det ser ikke ut til at koordinatorrollen i spesifikke profesjoner som sykepleie er særlig utforsket. Det ser heller ikke ut til at koordinatorrollen i skjæringspunktet mellom flere tjenestesektorer (primær og spesialist) er viet oppmerksomhet, langt mindre i tilknytning til psykisk helsearbeid. Hensikten med denne studien er derfor å undersøke hvordan koordinatorrollen forstås og utøves innen sykepleie i kommunalt psykisk helsearbeid.

## 2.0 TEORETISKE PERSPEKTIVER

Koordinatorrollen utøves av folk fra forskjellige profesjoner, og den må nødvendigvis tilpasses ulike kunnskapstradisjoner. I denne delen av den tematiske fordypningen skal jeg gjøre rede for teoretiske perspektiver som rammer innen både profesjoners egenart og deres arbeid. Jeg bruker i tillegg rolleteori for bedre å forstå hvordan (koordinator)roller forstås og utøves i ulike kontekster.

### 2.1 Kunnskap i profesjoner

Kunnskap kan deles inn i teoretisk og praktisk kunnskap, og disse to kunnskapsformene må ses i forhold til hverandre.

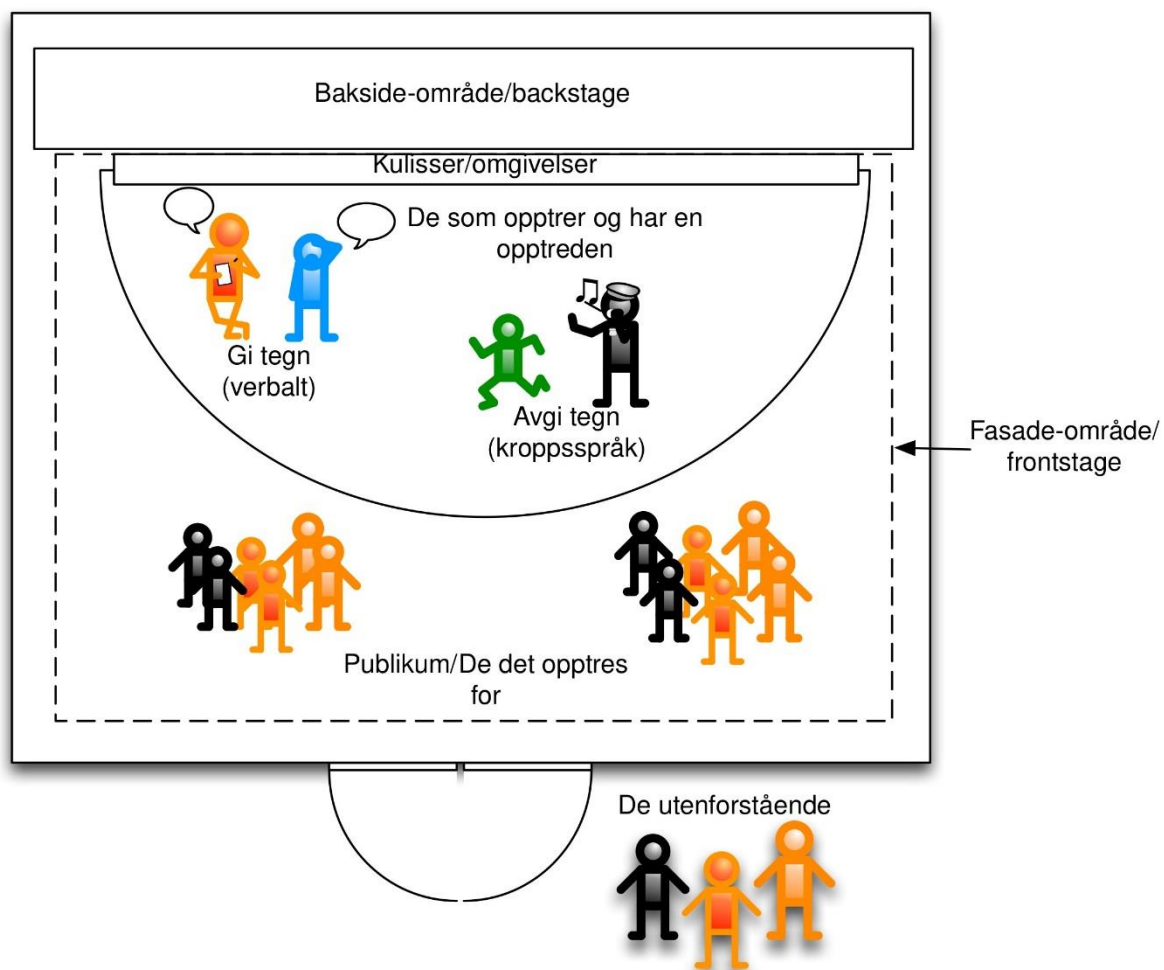
Grimen (2008a) viser til at det finnes fellestrekk mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Fellestrekket er når kunnskapen kan artikuleres på andre måter, som ved handling istedenfor verbalt. Å artikulere kunnskap gjennom handling er like grunnleggende som den verbale. I tillegg finnes det ulike måter å lære på. Noen ganger kan kunnskap innlæres som et biprodukt av en handling. Målet med handlingen var ikke å tilegne seg kunnskap, men underbevisst ble den til allikevel. Alt av kunnskap kan overføres mennesker imellom, men ikke all kunnskap vil la seg overføre ved beskrivelser alene, og slik overføring kan noen ganger kreve fysisk nærvær, andre ganger ikke. I mange tilfeller av kunnskapsoverføring kan man se at menneskelig aktivitet innebærer både verbale og non-verbale handlinger, som er sammenvevd på en komplisert måte. Kunnskap kan utvikles, og man kan bygge videre på kunnskap som allerede er der. Kunnskap en person besitter, kan også granskes kritisk ved at andre sjekker opp påstandene.

Sykepleiere og sosionomer har hver sine heterogene kunnskapsbaser, og yrkesutøvelsen består av sammensatte utfordringer i varierte arbeidssituasjoner, hvor de også har formål som går utenfor seg selv, som diagnose eller forebygging. Disse formålene styrer måten deres kunnskap er satt sammen på. Sosialt arbeid og sykepleie er allikevel forskjellige ved at helsefagene, hvor sykepleie inngår, er teoretisk sammensatt, mens sosialt arbeid er teoretisk fragmentert. Psykologi, som inngår i utdanningen for både sykepleiere og sosionomer, og som er en viktig del av det psykiske helsearbeidet i kommunen, er teoretisk fragmentert (Grimen,



2008a; OsloMet – Storbyuniversitetet, udatert-b, udatert-a). Dette vil si at utøvelsen har et praktisk siktemål og at tradisjonen for yrket er splittet, og at det er lite eller ingen teoretisk sammenheng mellom de ulike delene. En av grunnene kan være at flere kunnskapsfelt er satt sammen, eller at det bygger på samfunnsvitenskapene og de humanistiske fagene, som selv mangler teoretisk enhet (Bjørk & Solhaug, 2008; Grimen, 2008a). Psykologien er splittet i flere tradisjoner, og i arbeid som innebærer psykologi, må det dermed tas vanskelige verdivalg og utøverne må bruke skjønn. Skjønn er en form for praktisk resonnering, hvor formålet er å finne konklusjoner om hva en bør gjøre i konkrete tilfeller. I tillegg må skjønn identifisere de normative rammeverkene eller prinsippene som skjønn bindes av. Skjønn brukes ofte i sosiale sammenhenger hvor bruker, pårørende eller samarbeidspartnerne er involvert. Dette innebærer at ved et samarbeid må sykepleieren aktivt bruke seg selv i relasjon til den andre, for å finne gode løsninger (Grimen & Molander, 2008; Heggen, 2008).

## 2.2 Rolleteori



Figur 1 Egen forståelse av Goffmans rolleteori

I 1959 publiserte Erving Goffman boken *The Presentation of Self in Everyday Life*, oversatt til *Vårt rollespill til daglig* i 1974 av Kari og Kjell Risvik. Boken bygger på sosialantropologi og sosiologi og handler om ulike roller og de uttrykk personen med rollen avgir. En persons evne til å uttrykke seg bygger på forskjellige former for tegn, der tegnene som *gis*, er verbale eller tilsvarende symboler som brukes for å formidle opplysninger som andre forbinder med disse symbolene. Det å *avgi* tegn omfatter handlinger av en mer utilsiktet type, som andre oppfatter, men som det ikke alltid er mening å *avgi*. Dette kan være kroppsspråk i form av blikk, ansiktsuttrykk, bevegelser, stillinger eller andre kroppslige handlinger, men også materielle symboler som klær, smykker og andre produkter som formidler mening (Goffman, 2014; Måseide, 2008).

Goffmans rolleteori har dype røtter i samfunnsvitenskap og er basert på *teatermodellen* (Figur 1). Teorien omfatter tre fundamentale roller: *de som opptrer*, *de det opptres for*, og *de utenforstående*, og begreper som *opptreden*, *gi tegn*, *avgi tegn*, *innramming/framing*, *kulisser*, *publikum*, *møter*, *fasade-område/frontstage* og *bakside-område/backstage*. Ser man for seg en teaterscene, er det skuespillerne på scenen som er *de som opptrer*, og når de spiller ut sin rolle for et publikum, utfører de en opptreden. Gjennom opptredenen vil skuespilleren *gi tegn* verbalt og *avgi tegn* kroppslig, som passer til rollen. For at rollen skal være klar, tydelig og troverdig for publikum, må rollens karakter stemme med det rollen skal formidle, og dette blir *rammen* for rollen. Scenen skuespillerne står på, er ofte innredet med ting som illustrerer hva opptredenen handler om, altså *kulissene*. *Publikum* blir de som sitter i salen og blir opptrådt for. De utenforstående har verken tilgang til scenen eller salen. *Møter* blir til i den sosiale interaksjonen mellom publikum og de som opptrer, og dette området kalles *fasade-området*. I en teatermodell kan det være vanskelig å se for seg møter mellom publikum og de som opptrer, da de i større grad er atskilt enn når det i det daglige foregår en samtale mellom to eller flere personer. Det som er bak sceneteppet, som publikum ikke kan se, hvor de opptredende kan tre ut av rollen og være seg selv, kalles for *bakside-området*. Allikevel kan fasade-området også overta bakside-området ved at skuespillerne øver på en scene uten at publikum er til stede (Goffman, 2014).

Som nevnt over skiller Goffman mellom to avgrensede områder i sin rolleteori: fasade-området og bakside-området, hvor publikum bare finnes i fasade-området.

I fasade-området foregår det bestemte opptredener med roller i tilpassede kulisser hvor de menneskelige handlingene utspilles. Kulisser holder seg gjerne på én plass, noe som fordrer at de som spiller, må utspille rollen sin når de er på plass blant kulissene, og avslutte

opptredenen når de forlater kulissene. For eksempel kan dette være at en sykepleier trer inn i rollen som sykepleier når hun/han kommer på jobb, og trer ut av rollen når arbeidsdagen er over. I opptredener bestående av roller blant kulisser skjer det en sosial interaksjon, altså *møter* ansikt til ansikt, mellom de som opptrer, og de det opptres for. Bøe & Thomassen (2017) viser til at møter er sentrale for psykisk helsearbeid, og at kanskje den mest kraftfulle muligheten til endring kan ligge i disse møtene. Det kan være møter mellom to personer eller flere personer i en gruppe på ulike arenaer, som samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter eller møter på dagsenter. Goffman (2014) forklarer at i disse møtene er rollen til den som opptrer, utformet av kulturelle normer basert på hvilke forventninger den opptredende selv tror at andre har, noe som igjen vil påvirke andres forventninger og hvordan de forholder seg til den opptredende. Goffman (2014) kaller normer «*sømmelighet*» og deler dem inn i moralske krav og instrumentelle krav (Goffman, 2014). Moralske krav kan være yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fra NSF (Norsk sykepleierforbund, 2016). De instrumentelle kravene kan være satt av arbeidsgiver, for eksempel kjennskap til bruk av utstyr som telefon, journalsystem eller andre dataprogrammer. De moralske og instrumentelle kravene går som «hånd i hanske» ved at de ofte gjennom en arbeidsdag blir utført samtidig (Goffman, 2014). I tillegg til normer viser Måseide (2008) til at Goffman presenterer og beskriver i sin bok, *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience* fra 1974, innramming av en rolle, altså at det er variasjoner i rollens mening ut fra de rammene som gjelder for de ulike tidene og situasjonene.

Bakside-området er stedet hvor rollen som spilles i opptredenen, bygges opp og utvikles, og hvor den opptredende får mulighet til å være mer sitt *sanne jeg*. Bakside-området gir rom for å undersøke og ordne personlig fasade. Her får man også mulighet til å gå gjennom opptredenen og planlegge eventuelle endringer og normer, diskutere sømmelighet og gi opplæring til de som trenger det. For at dette skal være mulig, må tilgangen til bakside-område begrenses. Noen steder er bakside-området og fasade-området forskjellige og avgrensede områder som alltid er fordelt slik, andre steder vil områdene variere og bytte plass. Områdene kan bytte plass ved for eksempel å innrede kontoret på en måte som viser stillingstittel, og at utstyret som er der, samsvarer med rollens utførelse. Man snakker om stedets funksjon, hva det skal symbolisere for opptredenen. Goffman (2014) hevder at det å holde det som skjer i bakside-området avgrenset fra fasade-området, vil være å ha kontroll på sin opptreden.

### 3.0 METODE

Valget av kvalitativ metode er tilpasset utfordringene med å få grep om hva koordinatorrollen går ut på. Disse utfordringene gjorde det vanskelig å fastsette en struktur med ferdig formulerte spørsmål før datainnsamlingen, sånn som i kvantitativ metode. Dermed gikk jeg fra ambisjonen om å måle koordinatorrollen i tall og mengde. Heller ville jeg prøve å få frem beskrivelser av deltakernes bevissthet og livsverden rundt koordinatorrollen. Ut fra tekster fra intervjuene og tekst, tegninger, uttrykt opplevelse og meninger i handlingene fra observasjon ble det prøvd og avdekket bevisste og underbevisste strukturer ved å søke etter nye forståelser, med en stadig bevegelse mellom datamaterialet som deler og som helhet (Johannessen, Christoffersen, & Tufte, 2016; Polit & Beck, 2017; Thomassen, 2006).

Intervjuguider og observatørens fokus under observasjon var først basert på lest teori og en forventning til hva en skulle finne. Med mer empiri endret dette seg til å inkludere andre teorier og profesjoner (Malterud, 2017).

#### 3.1 Kildetriangulering

Å anvende kildetriangulering er en krevende prosess hvor man må gjøre seg kjent med tre datasamlingsverktøy og tenke igjennom hvordan disse verktøyene kan utfylle hverandre og berike datamaterialet (Silverman, 2005). Planen var i utgangspunktet å gjennomføre observasjon og to fokusgruppeintervjuer for så å gå videre med individuelle intervjuer hvis det skulle bli behov for det. Richards & Schwartz (2002) viser at deltakelse i studier med kvalitativ metode kan være tidkrevende for deltakere. Dette stemmer med observasjonene jeg har gjort, for det var utfordrende for kommunene og deltakerne å sette av nok tid til studien på så kort tid. Dette gjorde at individuelle intervjuer ble benyttet i større grad.

Siden kildetrianguleringen ikke ble anvendt som planlagt, kunne studiens validitet blitt svekket, men andre måter å styrke validiteten på ble brukt, og disse presenteres gjennomgående i kapitlet.

### 3.2 Deltakende observasjon

Observasjonen bestod i taus tilstedeværelse og uformelle spørsmål stilt av observatøren, det kalles delvis deltakende observasjon. Ved å se og stille spørsmål kan observatøren danne egne tolkninger av handlingen til deltakerne, mens deltakerne får mulighet til å uttrykke hvordan de selv tolker sine handlinger (Fangen, 2010). Under taus tilstedeværelse kan observatøren konsentrere seg om å observere handlingene og det som skjer rundt handlingene, og skille det vesentlige fra det uvesentlige. En slik indre ro skal kunne åpne opp for å se det som er det sanne å se (Nåden, 2007).

Under observasjonene oppstod det situasjoner hvor min deltakelse var lite passende, for eksempel ved støttesamtale med bruker. Da trakk jeg meg tilbake for å tegne eller notere det som var observert så langt, i en notatbok. Notatboken hadde annenhver side blank og annenhver side linjert, slik at illustrasjoner kunne tegnes rett ved siden av de tilhørende notatene. Dermed kunne jeg gå tilbake i notatene og tegningene og se hvordan det som var observert var i et begrenset omfang, dette for å øke den indre validiteten. Jeg kunne også økt den indre validiteten ved å bruke lydbånd. Det vurderte jeg imidlertid som etisk problematisk, siden lydbåndopptakeren ville ha tatt opp all lyd, også fra de som ikke deltok i studien.

### 3.3 Utvalg

I studien ble det rekruttert 17 deltakere fra 5 kommuner. Jeg fikk tilbud om å intervjué én ansatt ved søknadskontoret, én vernepleier og én familieterapeut. Dette ble vurdert til å havne utenfor problemstilling, siden studien omhandler sykepleiere.

Rekrutteringen foregikk gjennom kontakter. Veileder fra OsloMet – Storbyuniversitetet tipset om kontakter i en kommune. Selv hadde jeg egne kontakter innenfor helsevesenet, som igjen hadde andre kontakter. Kommunenes hjemmesider ble også anvendt for å kartlegge hvilke tilbud de hadde innen psykisk helsearbeid (Malterud, 2012, 2017). Jeg stilte krav om at kommunen måtte ha et tilbud innen psykisk helsearbeid med minimum én 100 % stilling, samt langvarig oppfølging til personer med psykisk lidelse og/eller rusproblematikk. Studien ble presentert til enhetsledere og seksjonsledere via telefon og e-post. Enhetsledere og seksjonsledere kan dermed ha hatt en innvirkning på hvilke sykepleiere og sosionomer som ble rekruttert.

### 3.4 Fokusgruppeintervju og individuelt intervju

Før datainnsamlingen ble det gjennomført et prøveintervju for å teste ut intervjuguiden, lydbåndopptaker og intervjuer. Intervjuguiden ble deretter endret. Vedkommende som stilte til prøveintervju, var en kollega som arbeidet i kommunalt psykisk helsearbeid. Dalen (2011) viser til at prøveintervju kan bidra til økt indre validiteten.

Intervjuene ble gjennomført på seks ulike arbeidsplasser, og deltakerne fikk ikke mulighet til å se intervjuguiden i forkant.

I de to individuelle intervjuene hvor deltakerne hadde vært igjennom observasjon (se vedlegg 4), fikk intervjuer inntrykk av at deltakerne lettere kom med kritiske refleksjoner til hvordan koordinatorrollen ble tilegnet i kommunen. I intervjuet av leder (se vedlegg 4) var det gunstig å stille spørsmål som var knyttet til leders arbeid med oppfølging og samarbeid med koordinatorene. Inntrykket var at leder i liten grad var involvert i koordinatorenes arbeid, siden en del av det som kom frem i intervjuet, handlet om leders eget arbeid, og ikke nødvendigvis var knyttet til koordinatorene. I fokusgruppeintervjuet (se vedlegg 4) ble det stilt færre spørsmål for å gi rom til diskusjon og refleksjon blant sykepleierne (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Her kom det frem ulike synspunkter om koordinatorrollen med tanke på ansiennitet. Når deltakerne som hadde arbeidet over en lang periode i kommunen, snakket om forventninger til koordinatorrollen og dennes funksjon i kommunen fra tidligere, var det mindre rom for refleksjon i gruppen. Som intervjuer leste jeg irritasjon over dette i ansiktsuttrykket til en av de yngre deltakerne.

I intervjuene med sosionomene (se vedlegg 4) virket det som en ulempe at intervjuer var en sykepleier, for det kan ha bidratt til at meninger om sykepleiernes mindre positive evner som koordinator, ble holdt tilbake. I etterkant så jeg at intervjuguiden kunne hatt større fokus på hva sosionomene synes om *sykepleiere* i koordinatorrollen. Dette har gjort at resultatene fra de to sosionomene i større grad var rettet mot deres egen yrkesutøvelse.

I intervjuene ble det anvendt lydbåndopptaker, slik at intervjuer kunne være mer til stede for å fange opp kroppsspråk og interaksjon og være mer undrende og lyttende (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2012, 2017).

Rekkefølgen på spørsmålene ble endret ved behov. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål for å gå i dybden på det deltakerne snakket om. Dette gav intervjuet god flyt og økt indre validitet (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

De åpne spørsmålene som ble stilt, var: *Hvordan er din arbeidsdag som koordinator?* og *Hvilke arbeidsoppgaver innebærer koordinatorrollen for deg/dere?* Disse legger grunnlaget for datamaterialet. De spesifikke spørsmålene til sider ved koordinatorrollen var: *Hva skal til for at du skal kunne utføre rollen som koordinator på en hensiktsmessig måte?* Her ble svarene i større grad smalnet inn, og resultatene ble mer spissede med et mindre ordomfang.

Av de spissede spørsmålene krevde følgende størst betenkningstid: *Hvilke muligheter opplever du som sykepleier i en rolle som koordinator?* og *Hvilke begrensninger opplever du som sykepleier i en rolle som koordinator?* Flere sykepleiere pekte på at det var vanskelig å se rammene i rollen. Et av de spørsmålene som gav størst ubehag, var: *Tenker du at andre yrkesgrupper/profesjoner er mer egnet eller uegnet til rollen som koordinator?* Både sosionomene og sykepleierne pekte på at de hadde lite kjennskap til de andre profesjonene. De mente også at negativitet til andre profesjoner kunne oppleves konfronterende, mens positivitet til andre profesjoner kunne tolkes som at deres profesjon ikke var mest egnet til koordinatorrollen. Her ble ordet profesjon byttet ut med yrkesgruppe, som var det ordet deltakerne brukte og forstod i sin hverdag.

Alle intervjuene ble avsluttet med at deltakerne fikk mulighet til å lytte, slette og legge til i lydfilen (Hummelvoll, 2010a).

### 3.5 Transkribering

Et kortvarig feltarbeid som i denne studien krever høy intensitet når datainnsamlingen pågår, dermed ble transkribering av de individuelle intervjuene gjort samme dag de hadde foregått. Notater fra observasjonsdagene ble renskrevet etter hver dag. Siden ble de samlet i et dokument med tykke beskrivelser etter datainnsamlingen. Fokusgruppeintervjuet tok fem dager å transkribere, siden det i større grad var behov for å spole tilbake i lydfilen for å identifisere stemmene (Johannessen et al., 2016).

Målet for transkriberingen av observasjonene var å beskrive koordinatorrollen så nært som mulig opp til hvordan deltakerne erfarte koordinatorrollen selv (Fangen, 2010). For intervjuene var målet å bevare meningen fremfor å transkribere ordrett, siden ikke alt som sies, får samme mening når det er nedskrevet (Malterud, 2017).

Datamaterialet utgjorde 100 dataskrevne sider inkludert figurer og tegninger.

### 3.6 Analyse

Fangens (2010) tre grader av fortolkning til analyse:

### 1. Førstegradstolkning

Eksempel på notert observert handling var at sykepleier skulle ringe til en av samarbeidspartnerne. På telefonen var samarbeidspartneren oppgitt med forkortet navn. Samarbeidspartnerne ble dessuten ofte nevnt kun med etternavn. Jeg tolket dette som forkortelser de på arbeidsplassen brukte og kjente godt til, som jeg som utenforstående ikke kunne tyde. Jeg fikk en oppfatning av at dette kanskje var meningen.

### 2. Andregradstolkning

Tykke beskrivelser (beskrevet kort i artikkelen under kapitlet analyse) er å nærme seg en mer fullstendig forklaring på menneskelig atferd, noe som fører til akkumulering av kunnskap. Et eksempel er det som i første omgang virket som en hyggelig hverdags samtale, men som ble tolket som en samtale med verdifull mening til sykepleiernes videre arbeid i koordinatorrollen. For å hindre objektivisering av deltakerne måtte jeg passe på at beskrivelsene mine ikke gikk utenfor deltakernes beskrivelser.

### 3. Tredjegradfortolkningen

Alversson og Sköldbbergs trippel hermeneutikk ble anvendt ved å se observasjonsdataenes tykke beskrivelser opp mot det deltakerne hadde sagt i intervjuene. Videre utførte jeg en kritisk tolkning av observasjonsdataene, med tanke på om omgivelsene kunne påvirke handlingene i koordinatorrollen. Jeg observerte at når kollegaer som hadde koordinatorrollen til samme brukergruppe, var til stede, løftet deltakerne i større grad opp utfordringer og søkte oppfølging og råd. Hvis koordinator stod sammen og snakket med andre kollegaer utenfor personalbasen, hvor det var fare for at andre kunne høre, virket det som om de i større grad var bevisst på omgivelsene rundt. Her snakket de nemlig sammen med lavere stemmer (Fangen, 2010, s. 222–223).

Malteruds (2017) tekstanalyse i fire steg:

#### Steg 1. *Skaffe et helhetsinntrykk*

Målet var å forstå utsagnene i den sammenhengen de hørte hjemme, ved i størst mulig grad å sette forforståelsen til side.

#### Steg 2. *Identifisere meningsbærende enheter – koding*

Hver enkelt deltakers historie fikk oppmerksomhet. Foreløpige temaer fra steg 1 ble revidert for å lage kodegrupper.



### Steg 3. *Abstrahere meningsinnhold – slå sammen koder*

Etter at kondensatet var laget, ble de andre meningsbærende enhetene i samme subgruppe satt omkring kondensatet som et tankekart. Dette var et sorteringsprosjekt hvor de meningsbærende enhetene ble flyttet mellom subgruppene, lagt i nye subgrupper eller utgikk fordi de ikke var relevante.

### Steg 4. *Sammenfatte betydningen i analysen*

Arbeidet vekslet mellom den analytiske teksten og datamaterialet for å passe på at den analytiske teksten ikke fikk for stor avstand til det opprinnelige datamaterialet. Videre ble funnene sett i forhold til hverandre og drøftet ved bruk av teori (Malterud, 2017).

## 3.7 Refleksivitet og rolle i studiekonteksten

I kvalitativ metode er forskeren det viktigste verktøyet. Dette kan påvirke studien gjennom hele prosessen fra utforming til det endelige resultatet (Malterud, 2017).

Forforståelsen er som en ryggsekk av egne kunnskaper og erfaringer som bringes inn i arbeidet. Det kan påvirke hvordan datamaterialet samles inn, leses og tolkes. I denne studien består ryggsekken min av at jeg selv har vært ansatt som sykepleier i kommunalt psykisk helsearbeid, hvor jeg også har hatt en koordinatorrolle. Jeg valgte å studere koordinatorrollen basert på erfaringer og interesse, samt en forventning om å finne noe som kunne bidra til sykepleierfaget. Dette kan ha påvirket forståelsen og tolkningen min, og jeg kan ha sett resultatene med et sykepleierblikk. Samtidig kan ryggsekken ha vært positiv, ved at jeg har kunnet sette meg inn i deltakernes situasjoner og stille mer spontane spørsmål. Selv om jeg hadde sett for meg hva jeg burde se etter i empirien, endret jeg oppfatning etter hvert. Basert på nettopp empiri ble sosionom og leder tilegnet masteroppgaven. For å tolke observasjonsdata bruker man personlig dømmekraft og relaterer observerte tegn til den ytre virkeligheten, noe som gjør at ryggsekken med forforståelse lett kan tre frem som resultater. For å hindre dette har jeg sett observasjonsdataene i forhold til det som ble sagt i intervjuene. Observasjonsdataene er også presentert som mine tolkninger, mens alle direkte sitat er fra intervjuene. Den analytiske teksten er fra observasjon og intervju. I tillegg reflekterte jeg med veileder fra OsloMet – Storbyuniversitet og deltok på masterseminarer med andre medstudenter og lærere, som bidro med nye innsikter og tilbakemeldinger og stilte kritiske spørsmål (Fangen, 2010; Malterud, 2017).

Selv om jeg prøvde å skape tillit fra deltakerne ved å ha en så nøytral rolle som mulig, fikk jeg tilbakemelding fra deltakerne om at min tilstedeværelse under observasjon påvirket dem. Sykepleierne tenkte i større grad gjennom måten de utførte koordinatortrollen på, og de hadde lest om koordinatortrollen før intervjuet (Ausland & Vinje, 2010).

### 3.8 Ethiske overveielser

I en studie med så få deltakere vil det alltid være en risiko for gjenkjennelse. Som nevnt tidligere ble det rekruttert fra flere kommuner for å ivareta anonymitet. Kun undertegnede og veileder fra OsloMet – Storbyuniversitetet kjente de rekrutterte kommunene og navnene til deltakerne. I det skriftlige materialet er direktesitat ikke gjengitt på dialekt, men på bokmål. Allikevel er det en risiko for at personer som kjenner deltakerne, skal gjenkjenne dem basert på måten de uttrykker seg på (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010; Ruyter, Førde, & Solbakk, 2014).

Ved observasjon og intervju innen kvalitativ metode vil deltakerne alltid blottstilt seg for forskeren, siden språk og atferd er så nært knyttet til deltakernes identitet at det blir vanskelig å skille mellom hva som er fag, og hva som er person. I tillegg kan det oppleves som nedvergende å være underlagt andres tolkning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010; Hummelvoll, 2010b).

Deltakernes behov for avstand fra forskeren må respekteres. Det ble åpnet for at deltakerne kunne dele observasjonen over flere dager og uker. Alle intervjuene ble avtalt på en dato som passet både for meg og deltakerne. Datainnsamlingen gikk også over høstferien, og jeg respekterte at utvalget ønsket fri fra intervju og observasjon denne uken.

Kvalitativ metode har også sine styrke, for det kan bidra til økt forståelse gjennom alternative beskrivelser, noe som kan gi deltakerne en opplevelse av å bli tatt på alvor og hørt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010; Hummelvoll, 2010b).

### 3.9 Informasjonsskriv og rekruttering

På begge målformene ble det utarbeidet to informasjonsskriv (vedlegg 6), to postere (vedlegg 7) og et skjema for innsamling av personopplysninger (vedlegg 5). Det ene skrivet var til enhetsleder og seksjonsleder, slik at de basert på informasjonen kunne vurdere om kommunen ønsket å delta. Det andre skrivet, om informert samtykke, var til deltakerne, slik at de kunne vurdere om de ønsket å delta i studien. Posterne ble laget for rekruttering, mens skjema for personopplysninger var for å innhente bakgrunnskunnskap om de som deltok i studien.

Rekruttering gikk gjennom enhetsleder/seksjonsleder, dermed hadde enhetsleder/seksjonsleder kontroll på at rekruttering ikke fant sted med mindre kommunen hadde takket ja til deltakelse. Før jeg startet gjennomføring av observasjon og intervju, sjekket jeg at deltakerne hadde lest begge skrivene og at de som ville delta, hadde signert informert samtykket. Etter personopplysningsloven § 8 (2000) skal informert samtykke være inngått før man kan lagre deltakeres personopplysninger i forbindelse med studier (Ruyter, 2003).

### 3.10 Fortrolighet og oppbevaring av datamaterialet

Det skriftlige datamaterialet, personopplysningene og lydfilene fra lydbåndopptaker er oppbevart i krypterte mapper i Cryptomator på en bærbar datamaskin med kryptert harddisk. Alle passord ble generert etter terningskastmetoden og er ifølge Cryptomator veldig sterke (Reinhold, 2019).

Sikkerhetskopi bør alltid være tilgjengelig, slik at ikke funn forsvinner om datamaterialets lagringssted går tapt (Malterud, 2017). Cryptomator har en digital database som gir de krypterte mappene en type sikkerhetskopi, det vil si at de krypterte mappene kan hentes ved å installere Cryptomator på en annen datamaskin. Mappene vil fortsatt være kryptert med de passordene som er laget.

Det er benyttet en koblingsnøkkel som knytter datamaterialet til personopplysningene. Internett ble alltid slått av ved arbeid i de krypterte mappene. Datamaterialet som notater, tegninger og signert informert samtykke ble oppbevart i et låst skrin, og nøkkelen ble oppbevart separat fra skrinet.

Lydfiler, det skriftlige datamaterialet og personopplysninger som er lagret på den bærbare datamaskinen, vil bli slettet. Notater, tegninger på papir og signert informert samtykke vil bli makulert senest tirsdag 03.12.2019. Norsk senter for forskningsdata (NSD) har bekreftet utvidelse av dato fra 31.01.2019 til 03.12.2019. Utvalget fikk oppgitt riktig dato ved rekruttering.

## 4.0 RESULTATER

Hovedfunnene i studien er presentert i artikkelen og omhandler 1) Dobbelthet i koordinatorrollen, 2) Koordinatorrollen krever kompetanse på mental og somatisk helse, 3) Koordinatorrollen som en administrativ rolle, 4) Tenker helhetlig i koordinatorrollen.

I denne delen presenteres noen av funnene som ikke fikk plass i artikkelen, men som er med på å underbygge hovedfunnene i artikkelen.

I samtalene med deltakerne og observasjonene kom dobbeltheten i koordinatorrollen tydelig frem. Det praktiske arbeidet førte til en hybridrolle, fordi utførelsen av sykepleierrollen og koordinatorrollen skjedde på en samlet måte. Når utført arbeid ble dokumentert i journalsystemet, kunne sykepleieutførelsen og koordinatorutførelsen dokumenteres under ett og samme journalnotat i en samlet tekst. I samtaler med arbeidskollegaer ble det diskutert temaer som overlappet med begge rollene, for eksempel fag som psykisk helsearbeid, og hva som skulle tas opp med samarbeidspartnerne med tanke på helhetlige oppfølging.

Koordinatorrollen ble dermed noe sykepleierne utførte i underbevisstheten: «Det er ikke noe en går og tenker på egentlig, man gjør de tingene som skal til for at man får gjort det man skal, så det er ikke i bevisstheten min hele tiden, den koordinatorrollen i hvert fall». Selv om sykepleiere opplevde at koordinatorrollen var i underbevisstheten, kunne de peke på at observasjoner og kartlegging i sykepleierrollen førte til planlagt oppfølging i koordinatorrollen. Jeg observerte at arbeidsdagene ble planlagt på morgenmøter sammen med kollegaer, mens situasjoner hos brukeren førte til endringer både i tidsbruk og tilnæringsmåte.

Omgivelsene koordinatorne arbeidet i, var stadig skiftende og med på å påvirke arbeidsforholdene. Omgivelsene kunne være kontrollerte, som når koordinatoren møtte brukeren eller samarbeidspartnerne i personalbasen eller i brukerens leilighet. Andre ganger hadde sykepleierne i koordinatorrollen lite kontroll på omgivelsene, for eksempel hvis de var med en bruker på kafé eller fulgte dem til avtaler via kollektivtrafikk eller til fots. Hvor fri sykepleierne var til å samtale med bruker i kommunal bil, kom an på hvem andre som var til stede i bilen.

Håndtering av situasjoner som ikke kan planlegges i forkant, og det å holde oversikt over den helhetlige oppfølgingen av brukerne, var noe sykepleierne mente krevde godt utviklet kompetanse. Sykepleiere som hadde arbeidet mange år i kommunen, mente at de hadde opparbeidet seg et øye for å se sammenheng mellom flere elementer: den økonomiske siden i folks liv, den somatiske og mentale helsen og hvordan disse kan knyttes opp til for eksempel brukeren som bor i en boligblokk blant naboer.

Videre mente sykepleierne at livserfaring gjorde at de var reflekterte og kunne se utfordringer fra flere synsvinkler. Dette var kompetanser sykepleierne så som viktig når de skulle utføre koordinatorrollen: «Jeg tenker livserfaring i seg selv, i tillegg til fag, gir et godt grunnlag for refleksjon og å være med og fatte gode fornuftige beslutninger i koordinatorrollen». Mens sykepleierne viste til at de måtte tilegne seg kompetanse på koordinatorrollen gjennom erfaring, mente leder og sosionomene at kompetanse i koordinatorrollen kunne tilegnes gjennom utdanning.

## 5.0 DISKUSJON

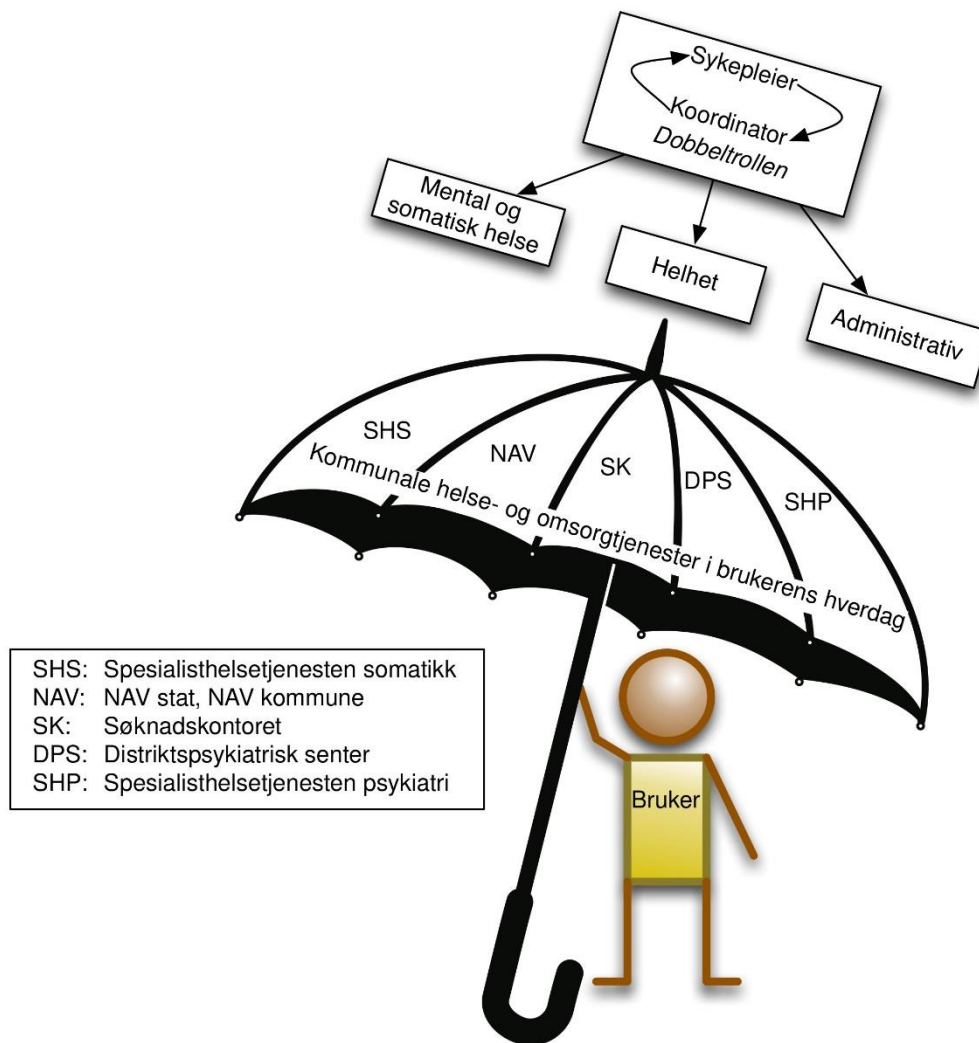
Funnene i studien viser at oppfølgingen av brukerne var basert på individuelle vurderinger og prioriteringer, som sykepleierne hadde observert eller kartlagt. Samtidig hadde omgivelsene en innvirkning på koordinatorenes arbeid med tanke på rolleutførelse og rollebytte.

Sykepleierne så det som sentralt med erfaring for å ha nok kompetanse i koordinatorrollen.

I lys av Goffmans (2014) rolleteori kan de skiftende omgivelsene tolkes som fasade-området, hvor koordinatorene utøvde sin *formelle* rolle for brukerne eller samarbeidspartnerne. Fasade-områdene for koordinatorene varierte. Når brukere og samarbeidspartnere ble invitert inn i personalbasen, skiftet den fra å være et bakside-område hvor de kunne planlegge og bygge opp rolleutførelsen, til å bli et område med aktiv rolleutførelse. Et slikt skift i områder gjorde at det var vanskelig å ha kontroll på rollene, noe som lettere skapte rolleforvirring. Det at områdene stadig skiftet, gjorde at kulissene fikk preg av flere roller. En del var som et typisk kontorlandskap, mens en annen kunne i større grad minne om en stue (Goffman, 2014).

Paraplymodellen presentert i Figur 2 er en forenklet illustrasjon av temaene presentert som funn fra studien. Paraplymodellen diskutert i lys av resultatene og teori, kan bidra til å visualisere utfordringene knyttet til koordinatorrollen.

Paraplymodellen viser de sammenhengende koordinerte tjenestene. Øverst opptrer sykepleieren i en dobbeltrolle med ansvar for å bygge opp, utvikle og holde kontroll på paraplyen. Nederst holder brukeren seg fast i paraplyen. I dobbeltrollen jobber sykepleieren med å samle inn informasjon for å danne seg et bilde over hvilke tilbud helsevesenet kan bistå brukeren med, og hva brukeren har behov for. I denne sammenhengen anvender sykepleieren sin kompetanse på somatisk og mental helse. Sykepleieren må også ha kompetanse innen administrasjon for å kunne holde en god kommunikasjonsflyt. For at koordinatoren skal kunne klare å jobbe mot de ulike delfunksjonene i paraplyens toppdel, må koordinator ha kunnskaper om de ulike spesialistene. Koordinator må også kunne se hvordan de kan arbeide sammen for å skape en helhetlig funksjon.



Figur 2 Paraplymodellen

En slik koordinatrorolle som i paraplymodellen krever organisatorisk kompetanse i måten ulike helsetjenester er bygget opp på. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har ulik oppbygging og måloppnåelse. I spesialisthelsetjenesten ligger så å si alle tjenestene som ytes, i sykehusene. Kompetansesenteret for kompetanseheving ligger, rett ved sykehusene. Spesialisthelsetjenesten mål er medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten er i større grad spredd, og det er store variasjoner mellom kommunene i tilbud av tjenester, hva tjenestene kalles, og hvor tjenestene er. Målet til kommunene er å kartlegge og arbeide for å øke brukerens funksjonsnivå og mestringsevne (Helse- og omsorgsdepartementet – HOD, 2009; Ringard et al., 2013). Dette gjør det vanskelig for koordinatorene å skaffe seg oversikt, overføre kunnskap fra én kommune til en annen og arbeide mot et felles mål. Dessuten har det psykiske helsearbeidet utviklet seg ytterligere de siste tjue årene. Mange nye team har kommet til, men få av teamene har beskrivelser av hvilke brukergrupper og arbeidsoppgaver de følger opp, noe som gjør koordinatorenes jobb enda vanskeligere (Andersen, 2018; Ringard et al., 2013). Av teamene i kommunene er det ROP-team (samtidig ruslidelse og psykisk lidelse) og FACT-team (Flexible Assertive Community Treatment) som har

beskrivende veiledere (Helsedirektoratet, 2012; ROP Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2013a, 2013b).

Siden organisasjonskompetanse har liten plass i sykepleierutdannelsen, hvor hoveddelen av undervisningen er i praksis, har sykepleiere ytterligere utfordringer med å forstå og danne seg oversikt over kommunehelsetjenesten. Når store deler av læring om organisering er lagt til praksis, blir sykepleierstudentene avhengig av at sykepleierne i praksis har en slik kompetanse (VID vitenskapelige høyskole, udatert). Siden flere av deltakerne i studien hadde en form for videreutdanning, kan det være hensiktsmessig å vurdere en styrking av læringsutbyttet knyttet til organisering i punktene: «organisering av psykisk helsearbeid kan fremme og/eller hemme psykisk helse og psykisk lidelse og betydningen av et sammenhengende» og «helhetlig tjenestetilbud for enkeltmennesket, familien og nettverket», i videreutdanningen i psykisk helsearbeid (OsloMet – storbyuniversitetet, 2018; Vid vitenskapelige høyskole, 2018).

Kartlegging og oppfølging av somatisk lidelse ble sett på som en særegen kompetanse hos sykepleierne. Pakkeforløpene for psykisk helse og rus ble utviklet fordi man så at brukere med mental lidelse og/eller rusproblematikk, har ti til tjue år kortere levealder enn befolkningen generelt. Det skyldes blant annet uoppdagede somatisk lidelser. Et av målene ved pakkeforløpene er å gi tettere oppfølging for å kartlegge somatisk lidelse (Helsedirektoratet, 2018c, 2018d). Det at sykepleierne i utdanningen har fått god opplæring i å kartlegge og følge opp somatisk lidelse, gjør at de er bedre rustet i koordinatorrollen, fordi de kan se behov for å inkludere samarbeidspartnere som er spesialister, og som kan følge opp somatisk lidelser (Elstad, 2014).

Helsedirektoratet har ved flere anledninger prøvd å definere koordinatorrollen. Lovverk, mål og innholdet i de overordnede oppgavene til koordinatorrollen kommer tydelig frem i disse dokumentene. Allikevel blir veiledere og pakkeforløpene utydelige når det kommer til de spesifikke arbeidsoppgaver som må tilegnes for å oppnå de overordnede oppgavene og målet for koordinatorrollen (Helsedirektoratet, 2017, 2019). Dette gir et behov for en presisering av hva koordinatorrollen skal bestå i på et mer lokalt nivå.

For å heve den organisatoriske kompetansen hos sykepleierne som arbeider som koordinatører i dag, må de være villige til å tilegne seg kunnskap om organisering fra litteratur. Sykepleierne kan imidlertid ikke stå for denne kompetansehevingen alene. Det kan bli behov for at det politisk utarbeides retningslinjer som spesifiserer arbeidsoppgavene i koordinatorrollen. Kommunen bør også komme på banen med kursing eller hospitering hos drevne koordinatører.



## 6.0 KONKLUSJON

Denne studien handler om koordinatorrollen i kommunalt psykisk helsearbeid. Den ser på sykepleiernes erfaringer og bidrar med viktig kunnskap om hvordan koordinatorrollen utøves. I artikkelen belyses det at slik kunnskap kan bidra til å tydeliggjøre koordinatorrollen, og bidra til at sykepleierne føler en større trygghet og mestring i rollen som koordinator. En slik trygghet kan føre til at brukerne og samarbeidspartnerne får større tillit til at sykepleierne mestrer arbeidsoppgavene på en trygg og god måte.

Funnene tyder på at sykepleierne må tilegne seg kompetanse om organisering gjennom erfaring, siden de ikke har denne kompetansen etter endt utdanning. Manglende kompetanse gav et utydelig skille mellom rollene, noe som ble forsterket av de stadig skiftende omgivelsene. Dette førte til at sykepleierne utførte rollen som sykepleier og koordinator på en samlet måte.

I artikkelen viser jeg at det er behov for videre forskning på brukere med betinget dom som skal sone med oppfølging fra koordinatorene i kommunehelsetjenesten. I fokusgruppeintervjuet kom det frem at et krav til slik soning var at brukeren ikke begikk nye lovbrudd innen to år. Brukerne var i hovedsak dømt til tvunget psykisk helsevern, og spesialisthelsetjenesten hadde hovedansvaret for å følge opp tvangsvedtak. Kommunehelsetjenesten bistod med kommunal bolig og eventuelle tjenester innen mental helse, som tilsyn, utdeling av medikamenter eller andre former for oppfølging for å hindre nye lovbrudd. Kriminalomsorgen ble ikke nevnt i fokusgruppeintervjuet, dermed er deres involvering uviss. Dette er imidlertid noe man kan se på i en tverrfaglig studie med spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og eventuelt kriminalomsorgen, samt universiteter og høyskoler. Man kan også inkludere profesjoner som sykepleiere, sosionomer, vernepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, psykiatere, psykologer og politibetjenter. Når man inkluderer flere profesjoner i en studie, kan man få belyst temaet fra ulike synsvinkler. Da er det kanskje større sannsynlighet for at man finner løsninger til et godt samarbeid ute i det praktiske arbeidet.

## 7.0 LITTERATURLISTE

- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid: En gang til*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ausland, Liv. H., & Vinje, Helge. F. (2010). Når det tause får ord på seg ... Ethiske overveielser i et forskningsprosjekt om nærvær. I J. K. Hummelvoll, E. Andvig, & A. Lyberg (Red.), *Ethiske utfordringer i praksisnær forskning*. (s. 134-153). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Benzer, J. K., Cramer, I. E., Burgess, J. F., Mohr, D. C., Sullivan, J. L., & Charns, M. P. (2015). How personal and standardized coordination impact implementation of integrated care. *BMC Health Services Research; London, 15*(448), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1079-6>
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: En ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: En kvalitativ tilnærming* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Danbolt, L. j, Lien, L., & Kjøsberg, K. (2010). Hjelp når du trenger det – En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 7*(03), 238–245.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, januar 15). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra: <http://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- Elstad, I. (2014). *Sjuepleietenking*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2001). *Forskrift om habilitering og rehabilitering (FOR-2001-06-28-765)*2. Hentet fra: <https://lovdata-no.ezproxy.hioa.no/pro/#document/SFO/forskrift/2001-06-28-765?searchResultContext=1470&rowNumber=2&totalHits=460>

- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256)*. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskriften%20om%20koordinator#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskriften%20om%20koordinator#KAPITTEL_5)
- Goffman, E. (2014). *Vårt rollespill til daglig: En studie i hverdagslivets dramatik* (Ny utg.). Oslo: Pax Forlag A/S.
- Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71–86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 179–196). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hannigan, B., Simpson, A., Coffey, M., Barlow, S., & Jones, A. (2018). Care coordination as imagined, care coordination as done: Findings from a cross-national mental health systems study. *International Journal of Integrated Care*, 18(3), 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.3978>
- Heggen, K. (2008). Profesjon og identitet. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 321–332). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet – HOD. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (St. Meld. Nr. 47 (2008-2009))*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet – HOD. (2011, august 4). *Prop. 91 L (2010–2011). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/>
- Helse- og omsorgsdepartementet – HOD. (2012, juni 22). *Se meg! —Alkohol – narkotika – doping. Meld. St. 30 (2011–2012)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/>
- Helse- og omsorgsdepartementet – HOD. (2015a). *Folkehelsemeldingen—Mestring og muligheter. (Meld. St. Nr. 19 (2014-2015))*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helse- og omsorgsdepartementet – HOD, H. (2015b). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. (St. Meld. Nr. 26 (2014-2015))*. Hentet frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>

Helse- og omsorgskomiteen. (2010, april 20). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform (Innst. 212 S (2009–2010))*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2009-2010/inns-200910-212/>

Helse- og omsorgstjenesteloven-hol. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_7](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_7)

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling. IS-1948*. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf?download=true](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf?download=true)

Helsedirektoratet. (2014, mars). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf?download=true>

Helsedirektoratet. (2017, juni 7). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Veileder IS-2651)*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsedirektoratet. (2018a). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus (høring)*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/horinger/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus-horing>

Helsedirektoratet. (2018b, januar 30). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov. IS*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

Helsedirektoratet. (2018c, mars 1). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus—Pakkeforløp for ulike områder innen psykisk helse og rus er under arbeid*. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus>

Helsedirektoratet. (2018d, mai 6). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020. (1.utkast). IS: 2734.*

[https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/\\_attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdbe744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/_attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdbe744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf)

Helsedirektoratet. (2019, januar 1). *Henvisning og start – psykiske lidelser, pakkeforløp voksne*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne/seksjon?Tittel=henvi-sning-og-start-11592#forl%C3%B8pskoordinering-i-spesialisthelsetjenesten-og-kommunen>

Helsepersonelloven-hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hummelvoll, J. K. (2010a). Forskningsetikk i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer. I A. Andvig, A. Lyberg, & J. K. Hummelvoll (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 33–48). Oslo: Gyldendal akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2010b). Praksisnær forskningsetikk. I A. Andvig, A. Lyberg, & J. K. Hummelvoll (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 17–32). Oslo: Gyldendal akademisk.

Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.

Jones, A., Hannigan, B., Coffey, M., & Simpson, A. (2018). Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature. *PLOS ONE*, *13*(6), 1–23. <https://doi.org/0198427>

Kjelle-vold, A. (2013). *Retten til individuell plan og koordinator* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Kjønstad, A., Syse, A., & Kjelland, M. (2017). *Velferdsrett I: Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.

Kommunehelsetjenesteloven–khl. (1982). *Lov om helsetjenestene i kommunen (LOV-1982-11-19-66)*. Hentet fra: <https://lovdata-no.ezproxy.hioa.no/pro/#document/NLO/lov/1982-11-19-66?searchResultContext=1132&rowNumber=2&totalHits=1392>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.

Michaelsen R, Vatne S, & Hollingen A. (2007). The role of coordinators in the implementation of individual plans in community mental health services: Focus on user participation and collaboration. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning*, 9(4), 15–28.

Måseide, P. (2008). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perpektiv. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 367–385). Oslo: Universitetsforlaget.

Neal, J., Brown, T., & Rojjanasrirat, W. (1999). Implementation of a case coordinator role: A focused ethnographic study. *Journal of Professional Nursing*, 15(6), 349–355.  
[https://doi.org/10.1016/S8755-7223\(99\)80065-9](https://doi.org/10.1016/S8755-7223(99)80065-9)

Norsk sykepleierforbund (NSF). (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nåden, D. (2007). Hermeneutikk og observasjon—En diskusjon. I K. Eriksson, U. Å. Lindström, D. Matilainen, & L. Lindholm (Red.), *Gryning: III : Vårdvetenskap och hermeneutik: Bd. III. (73-84)*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

OsloMet – storbyuniversitetet. (2018, april 6). Programplan for-Videreutdanning i psykisk helsearbeid—Deltid. Hentet fra: <https://student.oslomet.no/studier/-/studieinfo/programplan/PHA/2019/H%C3%98ST>

OsloMet - Storbyuniversitetet. (2018, september 17). *Vurdering av mastergradsoppgave Master i sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling*.

OsloMet – storbyuniversitetet. (2019, juli 2). Databaser (A-Å.) Her finner du full oversikt over alle databasene Universitetsbiblioteket ved OsloMet abonnerer på. Hentet fra: <https://www.oslomet.no/ub/databaser>

- OsloMet-Storbyuniversitetet. (udatert-a). Sosialt arbeid Bachelor. Hentet fra:  
<https://www.oslomet.no/studier/sam/sosialt-arbeid>
- OsloMet-Storbyuniversitetet. (udatert-b). Sykepleie Bachelor. Hentet fra:  
<https://www.oslomet.no/studier/hv/sykepleie>
- Pasient- og brukerrettighetsloven-pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Personopplysningsloven (popplyl). (2000). *Lov om behandling av personopplysninger. (LOV-2000-04-14-31)*. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31#KAPITTEL_2)
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Prop. 15 S (2015-2016). (2015). *Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020). Proporsisjonen til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/>
- Ramsdal, H. (2013). Styring og organisering av tjenestene. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 214–242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Reinhold, A. G. (2019, høst). The Diceware Passphrase Home Page. Hentet fra:  
<http://world.std.com/~reinhold/diceware.html>
- Richards, H. M., & Schwartz, L. J. (2002). Ethics of qualitative research: Are there special issues for health services research? *Family Practice, 19*(2), 135–139.  
<https://doi.org/10.1093/fampra/19.2.135>
- Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I., & Lindahl, A. K. (2013). *Health Systems in Transition. Vol. 15 No. 8 2013. Det norske helsesystemet*. Hentet fra:  
<http://www.fhi.no/kk/helsesystemanalyser/health-systems-in-transition/>
- ROP Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2013a). *Amund Aakerholt. ACT-håndboka. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen. 2.utgave*. Hentet fra: <file:///C:/Users/sylto/Zotero/storage/JAPXEIA6/ACT-h%C3%A5ndbok.pdf>
- ROP Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2013b). *FACT. Flexible Assertive Community Treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen. Av Remmers van Veldhuizen 2013 Groningen, Nederland*. Hentet fra:  
<https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf>

- Rutz, S. I., Bont, A. A. de, Robben, P. B. M., & Buitendijk, S. E. (2016). Children's journeys through organizations: How inspectors evaluate coordination of care. *Child & Family Social Work, 21*(4), 608–618. <https://doi.org/10.1111/cfs.12187>
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ruyter, Knut. W. (2003). Det informerte samtykke i medisinsk forskning. I Knut. W. Ruyter, *Forskningsetikk: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn* (s. 349). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research: A practical handbook* (2nd ed.). London: SAGE Publications.
- Sosial- og helsedepartementet-SHdir. (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. (St. Meld. Nr. 25 (1996–97))*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25\\_1996-97/id191086/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/)
- Sosialkomiteen. (1997, juni 9). *Innstilling fra sosialkomiteen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (Åpenhet og helhet) (Innst. S. nr. 258 (1996-97))*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1996-1997/inns-199697-258/?1vl=0>
- St.prp.nr. 63 (1997-1998). (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999—2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998. (St.prp.nr. 63 (1997-1998))*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- VID vitenskapelige høyskole. (udatert). Fagplan for bachelor i sykepleie. Studieåret: 2017-2018. Hentet fra: <https://www.vid.no/site/assets/files/10219/fagplan-bergen-inkludert-fagplan-for-studenter-med-3-aaret-paa-haraldsplass-2017-2018-vid-1.pdf?142c80>
- VID vitenskapelige høyskole. (2018, mars 22). Fagplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid. Studieåret: 2019-2020. Hentet fra: <https://www.vid.no/planer/fagplan-for-videreutdanning-i-psykisk-helsearbeid-2019-2020/>
- Watson, S. (2018). *HIV complex care and care coordination: The nurse's role. 18*(2), 38–46



## DEL 2 ARTIKKEL



# Koordinator som en del av sykepleierrollen: En kvalitativ studie av hvordan koordinatorrollen forstås og utøves i kommunalt psykisk helsearbeid

Anne Jeanette Sylta og Jonas Debesay

*Anne Jeanette Sylta, master i sykepleie, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet - Storbyuniversitete, [ajeannes87@outlook.com](mailto:ajeannes87@outlook.com)*

*Jonas Debesay, førsteamanuensis, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, OsloMet – Storbyuniversitetet, [Jonas.Debesay@oslomet.no](mailto:Jonas.Debesay@oslomet.no)*

## Sammendrag

### **Coordinator as part of the nurse role: A qualitative study of how the role coordinator is understood and practice in municipal mental health work**

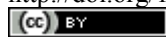
We examined how professionals experience the coordinator role and its connected tasks in municipal mental health work with mental disorders. The coordinator role has been discussed in politics for over twenty years, but the role still has an unclear description of how it should be practiced. Ten nurses, two social workers, and one leader provided information about the coordinator role through interviews and observations. The combination of the nursing role and coordinator role creates confusion in both roles, making it harder for nurses to understand which role a task is connected to. The competence nurses build in the two roles over time, however, gave them a better pictures of the users' needs. Since defining the coordinator role is left to the person in the role, it raises challenges to understanding the role's everyday tasks and results in local differences.

## **Keywords/Nøkkelord**

*Coordinator; Nurse; Role; Mental Health Services; Cooperation; Municipal Health Service*

*Koordinator; sykepleie; Rolle; Psykisk helsearbeid; Samhandling; Kommune-helsetjenesten*

<http://doi.org/10.7557>



©Year The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

## **Artikkeltype**

*Forskningsartikkel*

## **Liste over tabeller**

Tabell 1 kapitel utvalg: Deltakende kommuner, deltakere og frafall

Tabell 2 kapitel analyse: kort utdrag av analysen fra intervjuene, steg 1-3

Norsk senter for forskningsdata (NSD) referansenummer 60700

Ordantall med referanseliste: 6750

## **Innledning**

En av utfordringene i psykisk helsearbeid i kommunen er at tjenestetilbudet til brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, i for liten grad er koordinert. Dette fører til lite samhandling på tvers av tjenester og lite kontinuitet i oppfølgingen av helsetjenestene til brukere (Andersen, 2018). Samhandlingen på tvers av fag og sektorer dreier seg blant annet om hvordan tjenestene i Norge er organisert. Brukerne må forholde seg til mange profesjoner og mange tjenester med ulike systemer og regler. For profesjoner i en koordinatorrolle i psykisk helsearbeid er det derfor svært viktig å ha kjennskap til organiseringen av tjenestene. Koordinatorrollen er kontekstavhengig og underlagt lover, forskrifter og politiske føringer (Andersen, 2018). En utfordring for sykepleiere er å få oversikt over mangfoldet av tjenester innen helsevesen for mental helse, for tjenestetilbudene har endret seg drastisk de siste tjue årene (Andersen, 2018). Derfor er det behov for å undersøke hvordan sykepleiere med en koordinatorfunksjon opplever rollen i samhandling med brukerne.

Hensikten med denne artikkelen er å utforske hvordan koordinatorrollen forstås og utøves i kommunalt psykisk helsearbeid for voksne. Slik kunnskap kan bidra til en tydeliggjøring av koordinatorrollen for sykepleiere. Hvis de får økt rolleforståelse, kan de jobbe mer hensiktsmessig og sørge for bedre tilpassede tjenester til brukere.

## **Bakgrunn**

Ifølge Helsedirektoratets retningslinjer for koordinator og individuell plan skal en koordinator sørge for et helhetlig, tverrfaglig tjenestetilbud til brukere med behov for langvarige, sammensatte tjenester. Koordinatoren skal sørge for at det avklares hvilke tiltak som settes i gang, og hvilke forventninger som stilles, til den enkelte deltager i det tverrfaglige samarbeidet. I tillegg skal koordinatoren sikre en planprosess med individuell plan (IP) og sørge for at brukeren og eventuelt pårørende er involvert i hele prosessen (Helsedirektoratet, 2017).

Koordinering av helsetjenester til brukere med sammensatte behov bidrar både til helhetlig oppfølging og kostnadseffektivitet på sikt (Conway, O'Donnell, & Yates, 2017). Koordinatorrollen er profesjonsnøytral, og koordinatoren blir betegnet som balansekunstner og krumtapp i helsetjenesten (Sandvin & Häglund, 2008; Thommesen, Normann, & Sandvin, 2008). Rollen forutsetter at man har god oversikt over brukerens rettigheter og tjenester i helsevesenet. Måten koordinatoren utfører sin rolle på, vil i stor grad påvirke prosessen og resultatene av arbeidet. Mange koordinatorene er usikre på hva koordinatorrollen innebærer (Michaelsen R, Vatne S, & Hollingen A, 2007). Koordinatorrollen blir ofte studert når det er politiske endringer, noe som kan ha vært en medvirkende faktor til at den har fått en mer overordnet og generell beskrivelse. Dette kan forklare hvorfor det er så lite tydelig i hvilke praktiske oppgaver rollen skal inneholde, både

rettet mot tjenesteytere og ledelse. Koordinatorrollen oppleves derfor som en ustabil og kompleks rolle med stort ansvar med lite tid til forberedelse (Jones, Hannigan, Coffey, & Simpson, 2018; Simpson, 2005; Simpson et al., 2016).

Det er et gap mellom politiske ambisjoner og daglig praksis på lokalt nivå når det gjelder koordinatorrollen. I dag står man på lokalt nivå fri til å bestemme hvordan politiske krav og standarder skal innføres, noe som gir lokale variasjoner (Helsedirektoratet, 2014; Jones et al., 2018; Kjørstad, Syse, & Kjelland, 2017). Dette kan gi brukere skreddersydd oppfølging, som igjen kan gjøre oppfølgingen kompleks (Hannigan, Simpson, Coffey, Barlow, & Jones, 2018). Når det kommer til systemer i helsevesenet, er det få av dem som er bygget opp for å følge brukere med sammensatte utfordringer. Når ansvaret i tillegg fordeles mellom ulike tjenester i flere sektorer og på flere nivåer, blir det utfordrende å holde oversikt over tjenestetilbudet (Andersen, 2018). Bramesfeld et al (2012) viser til at praktiske synsvinkler fra den enkelte samarbeidspartner bygges i mindre grad på teoretisk forståelse. Det må derfor jobbes mer med praktiske tilnærminger og kjennskap til samarbeidspartnere. Hendren & Kendall (2015) fant i sin studie at både effektivitet og arbeidstilfredshet økte når ansatte opplevde at de hadde gode kunnskaper om brukergruppen, og om hvordan de skulle navigere systemet i helsevesenet. Meyers et al (2010) viser derfor til at en modell for koordinatorrollen kan bidra til å gi en forståelse for hvordan rollen skal utøves. For at en modell for koordinatorrollen skal kunne implementeres på en vellykket måte, bør den være basert på kunnskap som blant annet er innhentet fra samtaler med koordinatorene.

### ***Kunnskap i profesjoner***

Molander & Terum (2008) fremhever at *profesjon* er et flertydig og omstridt begrep. Det er heller ikke helt avklart hvilke yrkesgrupper som er profesjoner. Allikevel kan profesjoner generelt sett betegnes som yrkesgrupper med spesialisert teoretisk kunnskap, ofte ervervet fra høyere utdanning og forskning, som bidrar til å løse spesifikke samfunnsoppgaver (Molander & Terum, 2008). Selv om profesjoner har spesialisert teoretisk kunnskap om generelle og relativt stabile og observerbare sammenhenger mellom fenomener i virkeligheten, må kunnskap av en slik karakter kombineres med utøvelse av praktiske og konkrete kunnskaper. Praktisk kunnskap er bakgrunnskunnskap som man ikke alltid handle bevisst ut fra, men som bidrar til handlingskompetanse (Bjørk & Solhaug, 2008; Grimen, 2008a; Molander & Terum, 2008; Polanyi, 2000; Thommesen et al., 2008).

Sykepleien er en profesjon med et praktisk siktemål. Handlingskompetanse i profesjoner kan ses i den praktiske utøvelsen av ulike roller. Erving Goffman (2014) utviklet en rolleteori basert på teatermodellen. Den består av tre fundamentale roller: 1) De som opptre, ved å gi et inntrykk som skal gi informasjon om sine roller, 2) de det opptres for/publikum, som har informasjon om rollen ut

fra det som vises av den opptredende, og 3) de utenforstående, som verken har tilgang til publikum eller de som opptrer (Goffman, 2014).

Goffman (1986) fremhever at mange situasjoner har flere kontekstuelle rammer på en og samme tid, slik at de som opptrer, må endre sin væremåte i henhold til rammene. Rammer kan ses på som en avgrensning av en rolle, ved at ulike sammenhenger brukes for å strukturere tolkningen av sanseoppfatningene. Dette gjør at rammen styrer forståelsen av vår egen og andres aktiviteter (Måseide, 2008). I praksis kan slike rammer føre til for eksempel at sykepleier justerer hvor høyt hun snakker, språket hun bruker, og kroppsspråket, basert på rollen hun inntar, og hvilken kontekst den utspilles i. I tillegg kan kompetansen endres når den anvendes i en ny rolle. Dette gjør at rammene for aktiviteten kan bli uklare og gli inn i hverandre. Samtidig gir dette rom for å skape nye meninger ved at rammene inngår i andre fortolkningsrammer. Rammene skapes og opprettholdes ved at de som utøver rollene, lager seg en oppfatning om hva som trengs å vite, hva som skjer, og kulturelle og pålagte krav for hva som passer seg. Dette påvirker atferden deres og en rekke av forutsetningene for de mer komplekse sidene ved sosial interaksjon, hvor rolledilemma kan være en av dem (Måseide, 2008).

Jones et al (2018) viser til at det innen forskning er viet lite oppmerksomhet til hvordan politisk-administrative krav påvirker måten koordinatorrollen planlegges og gjennomføres på. Dette kan være en av grunnene til at det fortsatt hersker usikkerhet rundt koordinatorrollen.

## **Metode**

Studien er basert på et kvalitativt, eksplorativt design. Vi benyttet en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming for å utforske koordinatorernes erfaringer og opplevelser ved en stadig søken etter nye forståelser med utgangspunkt i dybdeintervjuer, dokumenter og handlinger (Johannessen, Christoffersen, & Tuft, 2016; Thommesen et al., 2008). Tilnærmingen har vært primært induktiv. Det empiriske datamaterialet fra observasjoner og intervjuer med enkeltpersonene har bidratt til å belyse problemstillingen, og vi har hatt en stadig bevegelse mellom teori og empiri (Malterud, 2017).

### ***Datainnsamling***

Datainnsamlingen foregikk fra august 2018 til og med desember 2018. Datamaterialet ble samlet inn ved bruk av observasjon, fokusgruppeintervju og individuelle intervju (Fangen, 2010; Malterud, 2017). Denne kildetrianguleringen bidro til å styrke både indre og ytre validitet gjennom økt tilgang til deltakernes oppfatning av egne handlinger i koordinatorrollen. Dessuten fordi vi fikk muligheten til å se hvordan koordinatorrollen faktisk utføres. Dette gav oss et helhetsperspektiv med mulighet til å teste validitet underveis (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2013; Kvale & Brinkmann, 2015).

To av studiens deltakere gav samtykke til observasjon og intervju. Observasjonen foregikk over tre hele arbeidsdager. Hensikten med observasjonen var å se hvilke oppgaver koordinatorene arbeidet med, og hvordan de utførte arbeidet i samhandling med kolleger og brukere. Det ble stilt uformelle spørsmål under observasjonen, noe som gav deltakerne mulighet til å tolke egne handlinger (Fangen, 2010).

Det ble anvendt en semistrukturert intervjuguide i forbindelse med fokusgruppeintervjuet og de åtte individuelle intervjuene. Hensikten med intervjuene var å få frem erfaringer og meninger knyttet til koordinatorrollen. Spørsmålene handlet om koordinatorenes arbeidshverdag, hvilke oppgaver de utførte, og hvordan de opplevde samarbeidet med samarbeidspartnerne. Intervjurunden startet med to åpne spørsmål før spørsmålene ble rettet inn mot spesifikke sider ved koordinatorrollen. Avslutningsvis tok vi en oppsummering av hvordan intervjuer hadde oppfattet det som kom frem i intervjuet (Malterud, 2017). Intervjuene varte mellom 30 minutter og 60 minutter.

### ***Utvalg***

I studien benyttet vi et strategisk utvalg for å belyse problemstillingen fra flere hold, dette er med på å gi større informasjonsstyrke rundt erfaringene i koordinatorrollen (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017).

I løpet av de første møtene og observasjonene i felten ble det raskt klart at sosionomer og ledere var viktige premissleverandører for utforming og utøvelse av sykepleiernes koordinatorrolle. Dette bidro til at det litt lenger ut i feltarbeidet ble rekruttert sosionomer og en leder fra de deltakende arbeidsplassene.

I studien var det deltakere fra tre ulike kommuner i to ulike landsdeler i Norge. En av kommunene var en by, mens de to andre kommunene var tettsteder. Den største kommunen var 96 ganger større enn den minste. Antall innbyggere i de deltakende kommunene ble hentet fra Statistisk sentralbyrå kommunefakta (Statistisk sentralbyrå/Statistics Norway – SSB, 2019). Vi ville rekruttere deltakere fra minst to kommuner med forskjellig innbyggertall for å ta høyde for de store variasjonene i måten kommuner organiserer sine helse- og omsorgstjenester på. Dessuten ville vi ta høyde for graden av utvikling innen interkommunalt samarbeid på feltet (Helsedirektoratet, 2014).

Fra kommunene var det totalt 13 deltakere. Det var 9 kvinner og 4 menn, hvorav 10 var sykepleiere, 2 var sosionomer med koordineringsansvar og 1 var leder med stillingsbeskrivelse som avdelingsleder/seksjonsleder. Sykepleierne som deltok, hadde fra 5 til 37 års ansiennitet som sykepleier og 6 til 17 år som koordinator. Alderen varierte fra 40 år og opp til 60 år. Av sykepleierne hadde 9 stykker én eller flere relevante videreutdanninger innen psykisk helsearbeid, mens 1 ikke hadde videreutdanning.



Utvalget var strategisk sammensatt fra ulike kommuner og landsdeler, i tillegg var det stor variasjon i ansiennitet, alder og erfaringer. Dette gav tilgang til varierte erfaringer og opplevelser knyttet til koordinatorrollen (Malterud, 2017).

Både de enkelte deltakerne og deltakende kommuner er oppført i Tabell 1.

Tabell 1 Deltakende kommuner, deltakere og frafall

Gruppe	Invitert deltakere (deltatt)	Fokusgruppe-intervju	Individuelle intervju	Observasjon
Sykepleier	14 (10)	5	5	2
Sosionom	2 (2)	-	2	-
Leder	1 (1)	-	1	-
Kommune	5 (3)	-	-	-

### **Analyse**

Det skriftlige materialet fra observasjonene ble analysert med utgangspunkt i Fangens (2010, s. 208, 211, 222–223) tre fortolkningsgrader. Førstegradtolkingen startet under observasjonen ved at deltakernes handlinger ble tolket og nedtegnet av observatøren. I andregradstolkningen ble det skriftlige materialet tilegnet tykke beskrivelser ved at handlingene ble fortolket i en meningskontekst. Tredjegradsfortolkningen var en kritisk tolkning hvor vi så etter det underliggende ved deltakernes handlinger.

Alle intervjuene ble transkribert. Meningsinnholdet ble forsøkt bevart ved å lytte til lydfilene gjentatte ganger. Notater om kroppsspråk under intervjuene ble lagt til transkripsjonen. Malteruds (2017, s. 98) tekstanalyse i fire steg ble brukt i analysen av de individuelle intervjuene og fokusgruppeintervjuene (se Tabell 2).

Steg 1. Helhetsinntrykk ble dannet ved å lese igjennom intervjuene som helhet, og ved å notere midlertidige temaer som skilte seg ut (se Tabell 2).

Steg 2. De meningsbærende enhetene ble identifisert ved å skille relevant tekst fra irrelevant tekst i lys av studiens problemstilling. Deretter ble de meningsbærende enhetene systematisert og kodet i dataprogrammet NVivo.

Steg 3. Meningsinnholdet ble abstrahert ved å slå sammen koder. De sammenlånne kodene ble deretter sortert og lagt i nyopprettede subgrupper. Det ble laget kondensater basert på en av de meningsbærende enhetene fra subgruppen, som ble tolket som uttrykksfull.

Steg 4. Betydningene i analysen ble nå sammenfattet til et tema. Dette skjedde ved at funnene i steg 3 ble slått sammen. Kondensatene ble brukt for å lage en analytisk tekst i hver subgruppe plassert med et sitat som kommer frem i artikkelens resultatkapittel (Malterud, 2017, s. 98).

Tabell 2 Kort utdrag av analysen fra intervjuene, steg 1–3.

Steg 1. Helhetsinntrykk	Steg 2. Identifisere meningsbærende enheter – koding	Steg 3. Abstrahere meningsinnhold – slå sammen koder
Midlertidig tema	Meningsbærende enheter	Sammen- slåtte koder
	Kode	Subgruppe Tema
	<p>«Det er vanskelig å skille koordinatorrollen og sykepleierrollen i psykisk helsearbeid for vi har jo en del roller»</p>	<p>Vanskelig å skille rolle-ene</p> <p>Rolle-sammenblanding</p> <p>Rolle-sammenblanding</p>
<p>Dobbeltroller</p> <p>Rollene går i hverandre</p> <p>Sekretærfunksjon</p>	<p>«nye av sykepleierrollen handler om observasjoner, kartlegging, dokumentering og oppfølging av medisiner.»</p> <p>Sykepleieroppgaver</p>	<p>Arbeidsoppgaver tilknyttet de ulike rollene</p> <p>Rolleforvirring</p> <p>Dobbelthet i koordinatorrollen</p>
	<p>«Men jeg er stort sett daglig innom den koordinatorrollen hvor jeg skriver en e-mail, tar en telefon, kaller inn til møte eller skriver et referat.»</p> <p>Koordinatoroppgaver</p>	

Det analyserte materialet fra observasjonene og intervjuene resulterte i fire temaer: 1) Dobbelthet i koordinatorrollen, 2) Koordinatorrollen krever kompetanse på mental og somatisk helse, 3) Koordinatorrollen som en administrativ rolle og 4) Tenker helhetlig i koordinatorrollen.

### ***Forskningsetiske overveielser***

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) og er tildelt referansenummer 60700. Deltakere i studien har gitt informert samtykke til intervju, bruk av lydbåndopptaker og observasjon. Kommunene og deltakerne fikk tilsendt en informasjonsposter for rekruttering, informasjon om studien og informert samtykke på e-post. Innholdet fra informasjonsbrevet ble gjentatt muntlig før observasjonen og intervjuene. Alle deltakerne ble informert om muligheten for å trekke seg fra studien uten begrunnelse. Siden det ved personalbasen var unngåelig at undertegnede så brukernavn på arbeidslister under observasjonen, ble det signert en taushetserklæring med kommunene.

### **Resultater**

Ved de fem arbeidsstedene hvor sykepleierne, sosionomer og lederen ble rekruttert, var det psykiske helsearbeidet organisert slik at personalbasene i hovedsak ble brukt til kontorarbeid og lunsjpauser. Basene hadde kontorpreg med kunst hengende på veggene og vinduer med utsikt til bilvei og grøntområder. To av arbeidsplassene hadde i tillegg til dette et sofaområde, hvor dagens avis og nytraktet kaffe var tilgjengelig. Her var det et stuebordet med duk og friske blomster i en vase, og dette området var ment for mer spontane samtaler med brukerne. Noen arbeidsplasser hadde i tillegg egne møterom. En stor del av arbeidet foregikk også utenfor personalbasene, enten hjemme hos brukere, i møte med brukere på andre arenaer eller i møte med samarbeidspartnere. Her ble det anvendt bil, kollektivtrafikk, sykkel eller til fots, avhengig av avstand og tilbud. Arbeidet til koordinatorne var med andre ord selvstendig, og de måtte stadig omstille seg til endrede omgivelser, både i og utenfor personalbasene. Erfaringene fra koordinatorrollen var i stor grad sammenfallende, uavhengig av om arbeidsplassen var i urbane eller landlige områder.

### ***Dobbelthet i koordinatorrollen***

Sykepleierne uttrykte at det var et utydelig skille mellom egen yrkesrolle og koordinatorrollen, en opplevelse de delte med sosionomene. Dette hadde sammenheng med opplevelsen av et press om både å utarbeide og utøve oppfølging til brukerne over flere plan. Dette kunne bidra til at sykepleierne «mistet fokus på koordineringen», eller at det gav et savn i det å være sykepleier. De var ambivalente til hvilken rolle som opplevdes som mest relevant til enhver tid. Dette hadde sammenheng med at arbeidsdagen til sykepleierne varierte, og i mange tilfeller inntok de en dobbeltrolle mellom det å være sykepleier og koordinator.

Sykepleierne følte for eksempel at «rollene er vanskelig å skille fra hverandre» og at de havnet i en «skvis» mellom rollene.

*Det er på samme måte skvisen du havner i, og da er det et stort press på å gjøre masse utøvende sykepleie samtidig som du har ansvaret for all koordineringen. [...] Det er en skvis som er litt sånn stressende egentlig.*

Sykepleierne opplevde det som krevende å utføre både sykepleierrollen og koordinatorrollen, i og med at oppgavene til de to rollene ikke nødvendigvis var sammenfallende til enhver tid. Dette stod i kontrast til en av sosionomene, som beskrev koordinatorrollen som overlappende med arbeidsoppgavene til en sosionom. Mens sosionomene opplevde at arbeidsoppgavene til de to rollene ikke var så forskjellige, syntes sykepleierne at det kunne være utfordrende å ivareta sykepleieroppgavene knyttet til psykisk helsearbeid, fordi koordinatorrollen i stor grad bestod av kontorarbeid med lite brukerkontakt.

*Det er vanskelig å skille koordinatorrollen og sykepleierrollen i psykisk helsearbeid, for vi har jo en del roller [...] mye av sykepleierrollen handler om observasjoner, kartlegging, dokumentering og oppfølging av medisiner. Men jeg er stort sett daglig innom den koordinatorrollen hvor jeg skriver en e-mail, tar en telefon, kaller inn til møte eller skriver et referat.*

En annen sykepleier viste til at sykepleierrollen handler om medisinsk oppfølging, samtaler og å finne løsninger for brukeren. Koordinatorrollen, derimot, bestod i større grad av å komme i kontakt med samarbeidspartnere for å sørge for en oppfølging brukeren trenger, men som en sykepleier i det mentale helsevesenet ikke har myndighet til å utføre.

Lederen hadde inntrykk av at sykepleierne i koordinatorfunksjonen hadde god «oversikt» i avdelingen og «kjente alle detaljene» i brukernes historie og oppfølging. Ifølge lederen besatt sykepleierne viktige kunnskaper som var til hjelp når den lokale ansvarsgruppen skulle planlegge videre oppfølging av brukere.

Det er ulik oppfatning av koordinatorrollen blant de som arbeider med brukerne, og ledelsen. Mens leder synes at sykepleierne mestrer kombinasjonen av rollene godt, opplever sykepleierne en dobbelthet i koordinatorrollen. De synes det er vanskelig å skille hva som er egen yrkesrolle, og hva som er koordinatorrollen.

### ***Koordinatorrollen krever kompetanse på mental og somatisk helse***

Sykepleierne var ofte usikre på hvilke arbeidsoppgaver som strengt tatt kunne knyttes til selve koordinatorrollen. Selv om flere så på egen yrkesrolle og koordinatorrollen som «vanskelig å skille fra hverandre», prøvde de allikevel å peke på arbeidsoppgaver som særlig kunne knyttes til de ulike rollene.

*Det å se med et helsefaglig blikk på brukerens behov, det er sykepleierrollen her. Koordinatorrollen er å se på de generelle behovene, det behøver ikke å være en somatisk eller psykisk problemstilling ...*

En del av sykepleierne knyttet sykepleierrollen tett opp til medisinsk oppfølging og somatikk, for det var disse arbeidsoppgavene som var mest fremtredende, og som kunne skille dem fra andre yrkesgrupper som hadde koordinatorrollen. Andre nevnte også støttesamtale, samtale og dialog, men disse ble i større grad knyttet til det psykiske helsearbeidet. Dette kom tydelig frem når sykepleierne beskrev erfaringer og tanker rundt arbeidet på sykehjem, i hjemmetjenesten og på sykehus, som i stor grad ble knyttet til standardiserte medisinske prosedyrer og somatikk. Sosionomene knyttet også sykepleierne tett til medisinsk oppfølging og somatikk.

*Sykepleier tar seg av det medisinske, mye kontrakt med DPS, fastlege, følger opp helse og medisiner, mens jeg [sosionom] arbeider opp mot NAV, økonomi, DPS, at vi utfyller hverandre godt. Og at vi snakker veldig mye sammen, slik at vi begge to er orientert om hvor vi er i grunn på de forskjellige sakene.*

Sykepleierrollen ble knyttet til helse, og somatikk og medisinsk oppfølging ble særlig nevnt ved at deltakerne pekte på medisinske prosedyrer i avdelingen. Allikevel hadde sykepleierne en stor del arbeidsoppgaver som også var knyttet til oppfølging i bolig, økonomi og samtaler, men dette var oppgaver som også kunne utføres av andre yrkesgrupper.

Det er tydelig at sykepleierne i hovedsak stod alene om ansvaret for brukernes medisiner og somatiske helse, bortsett fra de få arbeidsplassene som hadde vernepleier som også fulgte opp medisiner. Samtidig hadde sykepleiere ansvar for oppfølging i bolig og av økonomi. Arbeidet bestod også av å ivareta den mentale helsen gjennom samtaler. I koordinatorrollen ble det sett som særlig viktig å ha kompetanse på samhandling og kommunikasjon. Allikevel viser studien at egen yrkesrolle hadde en innvirkning på koordinatorrollen, for deltakerne kunne med et sykepleiefaglig blikk se behov for oppfølging av helse. Sykepleieren kunne i slike tilfeller opprette et tettere samarbeid med relevante samarbeidspartnere, som fastlege eller DPS, for oppfølging av brukernes helse. Sykepleierne pekte

også på at de brukte sykepleierkunnskapen når det var behov for å vurdere sykehusinnleggelse.

*Når jeg snakker om begge rollene, så hører jeg at min koordinatorrolle farges av at jeg er sykepleier [...] ved en større faglig forståelse for hvordan ulike prosesser eller ulike faktorer i et menneskes liv påvirker helsen. Det gjør at jeg kan ta vare på helsen til den jeg er koordinator for, og på den måten tror jeg at min sykepleierrolle farger koordinatorrollen.*

Sykepleiernes oppfatninger samsvarte i stor grad med leders syn. Leders oppfatning var at profesjonsrollen påvirker måten koordinatoren følger opp brukeren på, fordi ulike yrkesgrupper har ulike måter å se hvilket behov for oppfølging brukeren har.

### ***Koordinatorrollen som en administrativ rolle***

Selv om sykepleierne var ambivalente til hvilken rolle som var mest tidkrevende, så mange på koordinatorrollen som en tidkrevende «sekretærrolle» som frarøvet sykepleieren tid til å være «sykepleier». I sekretærrollen opplevde de i stor grad å bli sittende på kontoret og arbeide uten kontakt med brukerne. Dette gjorde at de så på koordinatorrollen som en rolle som ikke nødvendigvis trengte å ha kontakt med brukeren, men som hadde hovedansvaret for å koordinere tjenestene basert på informasjon fra de som fulgte opp brukeren i hverdagen.

*Koordinatorrollen, hvis man går rett på det, så handler det veldig mye om å koordinere. Og innimellom så tenker jeg at jeg skulle hatt en egen helsesekretær, som hadde gitt meg rom for å være mer sykepleier og ikke bare sitte og prøve å koordinere med telefoner og ting og tang for å få ting til å gå samme veien.*

Det var tydelig at koordinatorrollen og sykepleierrollen påvirket hverandre. Kunnskaper forbundet med sykepleierrollen ble anvendt for å gjøre helsefaglige prioriteringer og valg i koordinatorrollen. Likeledes var kunnskaper som er fremtredende i koordinatorrollen, nyttige når sykepleierrollen skulle planlegges og settes mål for. Leder så på koordinatorrollen som viktig for å få en gruppe med samarbeidspartnere til å snakke sammen. Leder gav den som hadde koordinatorrollen, et større ansvar for at kommunikasjonsflyten mellom partene gikk sømløst, og for at samarbeidet på tvers ble sikret.

I det daglige arbeidet satt sykepleierne på kontoret med dokumenter og papirer, og de ringte og sendte e-post. Det så også ut som sykepleierne i koordinatorrollen hadde en viktig oppgave utenfor kontoret, ved at de i stor grad brukte telefonen til å kontakte og kommunisere med samarbeidspartnere i forhold til hva de hadde observert hos bruker. De ble også kontaktet av samarbeidspartnere som ville vite

hvordan det gikk med brukeren, og hvordan videre oppfølging skulle legges opp. Disse samtalene handlet oftest om å løse problemer her og nå, eller om å gi svar på spørsmål, men mye var også en del av koordinatorens langvarige arbeid med å skaffe seg informasjon.

I tillegg til å ha roller som sykepleier og koordinator var sykepleierne også ansatt som teamledere med lederfunksjoner. Det at sykepleiere hadde roller over tre nivåer, bidro til å gjøre rollene enda mer diffuse. I sykepleierrollen handlet det om å følge opp brukere i hverdagslivet. Koordinatorrollen bestod av å opprette og vedlikeholde et samarbeid mellom samarbeidspartnere utenfor arbeidsplassen, mens teamlederrollen innebar å styre avdelingen med ansatte til et fastsatt budsjett.

### ***Tenker helhetlig i koordinatorrollen***

Arbeidsoppgavene i sykepleiernes koordinatorrolle i det psykiske helsearbeidet handlet i stor grad om å følge opp brukers boligforhold, kalle inn samarbeidspartnere og planlegge gjennomføring av ansvarsgruppemøte et par måneder i forveien. I samtale mellom de ansatte kommer det frem at ulike brukere har både felles og ulike samarbeidspartnere koordinator må forholde seg til. De samarbeidspartnere som er i bildet, har noen få oppgaver hver. Koordinatoren er den som følger opp brukeren i hverdagen, og passer på at brukeren får oppfølging både fra ansatte på arbeidsplassen og fra samarbeidspartnere.

*Som sykepleier i en sånn enhet så har man mange og sammensatte oppgaver, sånn at koordinatorrollen er en av de, den er overhengende som en slags paraply over hver beboer man har med å gjøre, i forhold til jobben som skal gjøres [...] det med paraply tenker jeg vi skal dekke et hele. De andre involverte samarbeidspartnere har et lite område de jobber spisset mot, så sitter vi og skal dra alt sammen og nettopp koordinere. Samtidig som vi står nærmest den det gjelder, i dagliglivet.*

«Støttesamtaler» eller «dialog» ble sett på som en viktig del av arbeidet med å motivere til endring hos brukeren. I slike samtaler fikk brukeren mulighet til å sette seg mål, lage planer for gjennomførelse og passe på at det som tidligere var planlagt, faktisk var blitt gjennomført.

*I psykisk helsearbeid så må man [som koordinator og sykepleier] samhandle med bruker, man vil koordinere ut fra preferanse, erfaringer til bruker ... mye av sykepleierrollen går på samtale eller dialog, på å være åpen for endringer, for selv om man ser at noe er ettertraktet fordi det er ganske hensiktsmessig, så trenger ikke bruker å finne seg i det.*

For å kunne lykkes i et slikt arbeid ble det sett på som viktig å få til tverrfaglig samarbeid mellom samarbeidspartnerne, hvor brukeren ble inkludert, noe som krevde gode samarbeidsevner hos koordinator.

*[...] så er det samhandlingsegenskapene, at koordinator har evnen til å skape trygge og gode relasjoner til bruker og samarbeidspartnerne.*

Slike samarbeidsevner bestod blant annet i å kunne se hvilke ulike samarbeidspartnere som kunne dekke de ulike oppgavene, samt å ha en forståelse for at ansvarsområdene var forskjellige, også om man hadde samme yrkestittel.

## **Diskusjon**

Hensikten med studien var å undersøke hvordan koordinatorrollen forstås og utøves i kommunalt psykisk helsearbeid. Funnene i studien viser at sykepleierne ofte hadde flere roller, noe som krevde at de både utførte oppgaver tilknyttet brukerne, og hadde en oversikt over den enkelte bruker, samarbeidspartnerne og avdelingen. Dette bidro til opplevelsen av at rollene ble utydelige. Arbeidsoppgavene som i større grad var standardiserte og lettere å sette ord på, ble dermed løftet frem som typiske for rollene. Sykepleierrollen ble knyttet til medisinsk oppfølging og somatikk og koordinatorrollen til kontorarbeid.

Goffman (1986) påpeker at utydelighet i roller kan oppstå som følge av rammene hvor rollen utspilles. Slike rammer kan både være tydelige i form av retningslinjer, regler og lovverk, og uklare i form av skjønn og lokale forhold ved arbeidsplassen (Goffman, 1986; Måseide, 2008). Forståelsen og behovet for oppfølgingen varierer i psykisk helsearbeid, også i de situasjonene som i utgangspunktet tenkes å være ganske like. Ulike oppfatninger og måter å håndtere situasjoner på i rollene, basert på egen profesjon og koordinering, påvirker rollene i avdelingene. De ulike profesjonene utførte samme rolle på forskjellige måter. Dette gjør rollen uklar, noe som bidrar til usikkerhet hos personalgruppen. En slik usikkerhet har trolig bidratt til at sykepleierrollen og koordinatorrollen har vært vanskelig å skille fra hverandre, og at oppgaver som fremstår tydeligere, blir prioritert (Gillard et al., 2014; Michaelsen R et al., 2007).

Kompetanse kan være en av rammene for rolleutøvelse eller yrkesutøvelse. Gjennom utdannelsen tilegner sykepleiere seg sykepleiefaglig kompetanse, som blir deres primære ramme. En slik primær ramme av kompetanse vil lett kunne anvendes i nye roller, som i koordinatorrollen. Dette kan resultere i at den *sykepleiefaglige* kompetansen tilpasses *koordinatorrollen*, og dermed endrer karakter. Det at sykepleierkompetansen anvendes inn i og påvirker koordinatorrollen, gjør at koordinatorrollen vanskelig kan anses å være «profesjonsnøytral», slik det var tiltenkt politisk (Goffman, 1986; Helse- og omsorgsdepartementet – HOD, 2009). Men grunnen til at dette skjer, er at den praktiske utførelsen av



arbeidet krever at begge rollene anvendes i nær tilknytning til hverandre, eller simultant. Dette skaper en ny rolle som består av sykepleiefaglig kompetanse og en koordineringsfunksjon (Goffman, 1986).

Den sykepleiefaglige kompetansen påvirket koordinatorrollen positivt ved at den gav brukeren muligheten til å få en helhetlig helsevurdering. Sykepleieren har kompetanse til å observere kliniske forandringer hos brukeren og følge dem opp med kliniske målinger. Dette er verdt å legge merke til, for vi vet at oppfølging av somatisk helse har best effekt når den kombineres med oppfølging av mental helse og hyppig brukerkontakt med atferdsendring i fokus (Conway et al., 2017). Dette understreker betydningen av et helsefaglig blikk som ivaretar brukerens mentale og somatiske helse i en koordinatorrolle i psykisk helsearbeid.

Deltakerne i studien var alle enige om at boforhold og økonomi påvirket brukernes helse. Oppfølging i boforhold og økonomi er noe sosionomene blir lært opp til gjennom sin utdanning (Levin, 2004). Sykepleierne, derimot, måtte tilegne seg slik kunnskap hovedsakelig gjennom erfaring. Brown et al (2000) viser at når profesjonsutøvere prøver å gjøre arbeid som andre profesjoner har lært gjennom sin utdanning, reduseres effektiviteten, og det bidrar til økt belastningen på rolleutøvelsen.

Tverrfaglig arbeid kan dekke et større fagfelt over flere profesjoner, hvor koordinatorens hovedoppgave er å opprette og vedlikeholde samarbeidet (Brown et al., 2000; Helsedirektoratet, 2017). Når koordinatoren skal sørge for at samarbeidspartnerne samhandler på en god måte, blir rollen i stor grad administrativ, ved at mye av kommunikasjonen går via e-post, telefon og brev. Sykepleierne opplevde den administrative delen av koordinatorrollen som utfordrende. Den tvang på dem et stort ansvar og bestod i svært tidkrevende kontorarbeid, som tok fra dem verdifull tid med brukerne. Studier viser at en del av papirarbeidet i en slik rolle blir sett på som unyttig, fordi koordinatoren må bruke tid på å oppdatere dokumenter og skrive referater som andre parter ikke alltid leser eller vurderer i sin videre oppfølging (Hannigan et al., 2018; Jones et al., 2018; Simpson et al., 2016). Arbeidet som koordinator for et tverrfaglig samarbeid blir ofte et selvstendig arbeid, for det er få på arbeidsplassen man kan dele ansvaret med. Dette gjør at arbeidet til tider føles tungt og sårbart. Koordinatorene kan oppleve at de blir alene om ansvaret, og at behandlingsskjeden i psykisk helsevern får et fragmentert preg (Michaelsen R et al., 2007).

Helsevesenet er dårlig rustet for å følge opp brukere med sammensatte utfordringer og flere diagnoser. Ofte er de somatiske poliklinikkene spesialisert på en diagnosekategori, noe som gjør at brukeren må dra innom sykehuset ved de ulike klinikkene for å få oppfølging. Dette gjelder også for oppfølging i mental helse, som er lagt til andre poliklinikker, noe som bidrar til ytterligere fragmentering (Bower et al., 2011). Lite fleksibelt regelverk og stramme økonomiske budsjetter

i organisasjonen er andre faktorer som påvirker fragmenteringen. Dette gjør det utfordrende for koordinator å få oversikt over samarbeidspartnere og deres tilholdssted (Bramsfeld et al., 2012). Langt på vei kan man trolig tilegne seg en slik oversikt gjennom å kjenne til trekkene ved helsevesenet og de ulike tjenestenivåene.

Oppfølging og samarbeid med andre etater og sektorer er blitt viktigere etter de siste reformene i helsevesenet. Nå er sykepleiere forpliktet til å holde seg oppdatert og kjenne til de organisatoriske trekkene i helsevesenet. Denne typen kunnskap er sentral for koordinatorfunksjonen, og det er noe flere profesjoner, inkludert sosionomer, kjenner til og får opplæring i gjennom studiene (Helse- og omsorgsdepartementet – HOD, 2012). Organisasjonskompetanse har tradisjonelt fått liten plass på pensum i sykepleierutdanningen (Orvik, 2009). Jones et al (2018) viser til at koordinatorrollen har hatt begrenset effekt på effektiviteten innen psykisk helsearbeid. Dette kan skyldes at sykepleierne mangler organisasjonskompetanse, men må tilegne seg den gjennom erfaring, noe som videre gir varierende kompetanse blant koordinatorne. Dette samsvarer også med studien til Conway et al (2017), som viser at det er betydelige variasjoner i hvordan funnene til forskningen blir målt når det gjelder utøvelsen av koordinatorrollen. Profesjonsutøvere er forpliktet til å oppdatere sin kunnskap i lys av samfunnsendringer, inkludert om nye organisatoriske reformer, for bedre å tilpasse seg de nye kravene (Norsk sykepleierforbund (NSF), 2016; Schmid, 2010). Kunnskap om organisering vil langt på vei kunne øke forståelsen av de underliggende prinsippene helsevesenet er bygget på. Dette leder oss til at sykepleierrollen må oppdateres med relevant kompetanse i en koordinatorrolle. Sykepleierne har i prinsippet organiseringskompetanse som et av sine funksjonsområder eller kompetansegrunnlag (Orvik & Axelsson, 2012). Samtidig er det vanskelig å vurdere i hvilken grad organiseringskompetanse gjennomsyrrer sykepleiernes reelle kompetanse.

Sykepleierutdanningen bør derfor i større grad inneholde organisatorisk stoff, noe myndighetene i det siste har tatt til orde for (Helse- og omsorgsdepartementet – HOD, 2012). Hvis koordinatoren har kunnskaper om organisering, vil det bidra til å styrke kvaliteten på sykepleien. Dette gjør at utøvelsen av yrkesrollen blir mer profesjonell, siden rammene i sykepleien både omfavner helseorganisasjonen som system, og den løpende organiseringen av arbeidet med brukerne. Derfor har rammene direkte betydning for omsorgen til brukerne og arbeidsbetingelsene til profesjonen (Orvik, 2004). På denne måten kan sykepleiere bli bedre samarbeidspartnere i det tverrfaglige teamet, fordi de både har relevant somatisk og mental kompetanse og organisasjonskompetansen som

trenge for koordinatorrollen. Dette kan bidra til mer effektiv bruk av sykepleierens kompetanse, gi større trygghet i koordinatorrollen og bidra til bedre oppfølging av brukere.

I tillegg til den organisatoriske kompetansen som det vil være gunstig for sykepleiere å ha, vil man i rollen som sykepleier ha behov for å anvende kunnskap fra flere disipliner, som biologi, psykologi og samfunnsvitenskap. Man kan altså si at sykepleien består av heterogene kunnskapsområder. Yrkesutøvelsen består av komplekse arbeidsoppgaver, som krever at sykepleieren i selve handlingssituasjonen makter å koordinere ved å flette sammen ulike former for dislinkunnskap og praktisk kunnskap til en helhet (Gilje, 2017; Grimen, 2008a). Våre funn viser at sykepleierens kombinerte kunnskaper innen somatisk og mental helse ble ansett som en viktig kompetanse i koordinatorrollen.

Når sykepleieren har en slik organisatorisk kompetanse kombinert med klinisk profesjonskompetanse, ligger forutsetningene til rette for at hun kan opptre dynamisk og ivareta brukeren under skiftende forhold. Dette vil gjøre sykepleieren i stand til å se og handle på et bredere grunnlag, noe som vil være gunstig for brukeren. Dermed blir en slik samlet kompetanse et kvalitetsstempel for helse-tjenestene (Orvik, 2004, 2015).

## **Konklusjon**

Denne studien har satt søkelys på koordinatorrollen i kommunalt psykisk helsearbeid. Ved å belyse erfaringene til sykepleiere i en koordinatorfunksjon bidrar studien med kunnskap man trenger, hvis man vil utvikle rammebetingelsene for måten koordinatorrollen skal utøves på i kommunen.

Studien viser at det er behov for å øke den organisatoriske kompetansen hos sykepleiere. Denne manglende kompetansen kommer til syne i at det er utfordrende for sykepleierne å plassere koordinatorrollen tett opp til det brukernære arbeidet. Dette skaper videre en rolleforvirring, hvor koordinatorrollen slik den utføres ute hos brukerne, ofte blir tilegnet sykepleierrollen, mens arbeid på kontoret blir knyttet til koordinatorrollen, uavhengig av typen arbeidsoppgave. Ved å øke kompetansen i rollen kan man bidra til økt kvalitet på helsetjenestene til brukerne, samtidig som arbeidet blir mer effektivt.

I fokusgruppeintervjuet kom det frem et behov for videre forskning på hvordan man skal koordinere oppfølgingen av brukere med betinget dom, som skal sone med oppfølging også fra det psykiske helsearbeidet i kommunen. Sykepleierne uttrykte frustrasjon over manglene plan for oppfølging og ansvarsfraskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. En studie av dette må inkludere spesialisthelsetjenesten og eventuelt kriminalomsorgen for å få belyst saken fra flere hold og skjønne hva det handler om.

## Støtteordninger

Forfatterne av denne artikkelen har på ingen måte mottatt pengestøtte eller andre fordeler fra industrien for gjennomføring av studien.

## Referanser

- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid: En gang til*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: En ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bower, P., Macdonald, W., Harkness, E., Gask, L., Kendrick, T., Valderas, J. M., ... Sibbald, B. (2011). Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: A qualitative study. *Family Practice*, 28(5), 579–587. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr018>
- Bramesfeld, A., Ungewitter, C., Böttger, D., El Jurdi, J., Losert, C., & Kilian, R. (2012). What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences; Verona*, 21(1), 63–72. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000539>
- Brown, B., Crawford, P., & Darongkamas, J. (2000). Blurred roles and permeable boundaries: The experience of multidisciplinary working in community mental health. *Health & Social Care in the Community*, 8(6), 425–435. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2000.00268.x>
- Conway, A., O'Donnell, C., & Yates, P. (2017). The Effectiveness of the Nurse Care Coordinator Role on Patient-Reported and Health Service Outcomes: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions*, 1–34. <https://doi.org/10.1177/0163278717734610>
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Gilje, N. (2017). Profesjonskunnskapens elementære former. I S. Mausethaugen & J.-C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 21–33). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., ... Stamou, E. (2014). Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England: Comparative Case Study Research Across a Range of Organisational Contexts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research; New York*, 42(6), 682–694. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z>
- Goffman, E. (1986). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press.
- Goffman, E. (2014). *Vårt rollespill til daglig: En studie i hverdagslivets dramatik* (Ny utg.). Oslo: Pax Forlag A/S.

- Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71–86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hannigan, B., Simpson, A., Coffey, M., Barlow, S., & Jones, A. (2018). Care coordination as imagined, care coordination as done: Findings from a cross-national mental health systems study. *International Journal of Integrated Care*, 18(3), 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.3978>
- Helse- og omsorgsdepartementet – HOD. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (St. Meld. Nr. 47 (2008-2009))*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet – HOD. (2012, februar 17). Utdanning for velferd. Meld. St. 13 (2011–2012). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>
- Helsedirektoratet. (2014, mars). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf?download=true>
- Helsedirektoratet. (2017, juni 7). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Veileder IS-2651)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
- Hendren, A. J., & Kendall, M. B. (2015). Impact of the role of senior dual disability coordinator on the perceived self-efficacy and job satisfaction of mental health clinicians. *Disability and Rehabilitation*, 37(25), 2330–2336. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1021020>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Jones, A., Hannigan, B., Coffey, M., & Simpson, A. (2018). Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature. *PLOS ONE*, 13(6), 1–23. <https://doi.org/0198427>
- Kjønstad, A., Syse, A., & Kjelland, M. (2017). *Velferdsrett I: Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Kunnskapsforlaget. (2005). Norsk ordbok med 1000 illustrasjoner: Riksmål og moderat bokmål. I *Norsk ordbok med 1000 illustrasjoner: Riksmål og moderat bokmål* (2. utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Meyers, D., Peikes, D., Genevro, J., Peterson, G., Taylor, E. F., Lake, T., ... Grumbach, K. (2010, desember 30). *The Roles of Patient-Centered Medical Homes and Accountable Care Organizations in Coordinating Patient Care*. Hentet fra <https://escholarship.org/uc/item/2997j352>
- Michaelsen R, Vatne S, & Hollingen A. (2007). The role of coordinators in the implementation of individual plans in community mental health services: Focus on user participation and collaboration. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning*, 9(4), 15–28.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier—En introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13–27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Måseide, P. (2008). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 367–385). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund (NSF). (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 25. oktober 2017, fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse—I sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Orvik, A. (2009, mars 12). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. Hentet 30. august 2019, fra Sykepleien website: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/organisatorisk-kompetanse-motvirker-realitetssjokket>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Orvik, A., & Axelsson, R. (2012). Organizational health in health organizations: Towards a conceptualization. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 796–802. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00996.x>
- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen: En innføring i taus kunnskap*. Oslo: Spartacus.
- Sandvin, J., & Häglund, U. (2008). Personlig koordinator—Et lokalt forsøk. I J. Sandvin (Red.), *Arbeid, sykdom og mora: Om legeattestert fravær og veien tilbake til jobb* (s. 121–145). Bergen: Fagbokforlaget.
- Schmid, H. (2010). Organizational Change In Human Service Organizations: Theories, Boundaries, Strategies, and Implementation. I Y. Hasenfeld (Red.), *Human Services as Complex Organizations* (s. 455–479). California, USA: SAGE Publications.
- Simpson, A. (2005). Community psychiatric nurses and the care co-ordinator role: Squeezed to provide 'limited nursing'. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 689–699. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03636.x>

- Simpson, A., Hannigan, B., Coffey, M., Barlow, S., Cohen, R., Jones, A., ... Cartwright, M. (2016). Recovery-focused care planning and coordination in England and Wales: A cross-national mixed methods comparative case study. *BMC Psychiatry*, *16*, 147. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0858-x>
- Statistisk sentralbyrå/Statistics Norway-SSB. (2019). Kommunefakta. Velg kommune. Klikk på kartet eller skriv i søkefeltet for å velge kommune. Hentet 2. mai 2019, fra Ssb.no website: <https://www.ssb.no/kommunefakta>
- Thommesen, H., Normann, T., & Sandvin, J. T. (2008). *Individuell plan: Et sesam, sesam?* (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

## DEL 3 VEDLEGG



VEDLEGG 1 FORFATTERINSTRUKS NORDISK TIDSSKRIFT FOR  
HELSEFORSKNING

# VEDLEGG 1 FORFATTERINSTRUKS NORDISK TIDSKRIFT FOR HELSEFORSKNING

## Velkommen som bidragsyter til Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

Link: <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/about/submissions#authorGuidelines>

Tidsskriftet er et tilbud til nordiske lesere innenfor helsefaglige miljøer, og til forskere innen helsefagene som ønsker å publisere egen forskning.

Tidsskriftet holder en bred fagprofil som reflekterer forskning og utviklingsarbeid ved nordiske helsefagutdanninger og praksisfelt. Tidsskriftet publiserer referee-bedømte, vitenskapelige artikler og eller vitenskapelige essays.

Tidsskriftet har knyttet anerkjente forskere på professor, dosent- og førstenivå til vurdering og referee-bedømming av artiklene.

Tidsskriftet tar også inn fagartikler. De blir ikke referee-bedømte, men gjennomgår en redaksjonell vurdering. Kronikker, bokanmeldelser og debattinnlegg tas imot.

De innsendte manuskriptene må tydelig merkes hvorvidt de er forskningsartikler, vitenskapelige essays, fagartikler eller annet.

De innsendte manuskriptene må være originale.

Manuskriptene blir rutinemessig kjørt gjennom en plagiatskontroll.

For å sende inn et manuskript, gå til [Online innsending av manuskript](#). Er du en ny bruker, husk å hake av for rollen **Forfatter** under registreringen.

## Språk og form

Bidragene skal skrives på et nordisk språk. Det vil si norsk, svensk eller dansk.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning gir ikke språkvask, men forutsetter at forfatterne har hatt en kritisk gjennomgang av språket og korrekturlest manuskriptet før innsending og publisering.

## Sammendraget

Vitenskapelige artikler, essays og fagartikler skal ha et sammendrag på maksimum 150 ord. Sammendraget samt den norske tittelen skal skrives på engelsk.

Til slutt i sammendraget skal forfatterne foreslå på 3-6 nøkkelord som synliggjør innholdet i artikkelen og essayet. Nøkkelordene skrives på norsk og engelsk. Det skal være semikolon mellom hvert nøkkelord.

## Alle manuskript skal ha egen tittelside som inneholder:

- Manuskriptets tittel
- Navn på forfattere, akademisk tittel og institusjonell tilknytning
- E-post adresse og telefonnummer til ansvarlig forfatter
- Referansenummer fra behandlingen i REK og eller NSD

- Hvilken sjanger: forskningsartikkel, vitenskapelig essay, fagartikkel eller annet
- Sammendrag
- Antall ord, tabeller og figurer i manus

### **Manuskriptets utforming:**

Last ned [tidsskriftets Word-mal](#).

Venstre og høyre marg, topp- og bunnmarg skal alle være 3,5 cm. Innbindingsmarg skal være 0,5 cm.

Alle tekster, inkludert figurer, tabeller og referanser, leveres i Times New Roman font 12 linjeavstand 15pt.

Tidsskriftet benytter tre grader av overskrifter. For overskrifter skal forfatter bruke Word-stiler.

Sitat skrives i kursiv.

Manuskriptet skal ikke ha innrykk, tabulator, understreking, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskriften. Manuskriptet skal heller ikke ha sideskift og tomme linjer mellom avsnitt.

Lengden på manuskriptet bør være mellom 4000 og 7000 ord for vitenskapelige referee-bedømte artikler og essays.

Andre bidrag mellom 2000 og 7000 ord.

Litteraturliste regnes som en del av artikkelen, mens engelsk sammendrag ikke inngår.

Tabeller og figurer plasseres inn i manuskriptet av forfatter. Tidsskriftet tar imidlertid forbehold om at tabeller og figurer kan flyttes av redaksjonelle hensyn.

Vitenskapelige artikler, essays, fagartikler og annet blir vurdert av ansvarlig redaktør og fagredaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom vitenskapelige manuskript vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, blir det vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle.

Det er ansvarlig redaktør som til slutt avgjør om en vitenskapelig artikkel, essay, fagartikkel eller annet kan publiseres.

### **Kriterier for forfatterskap**

Bare forfattere som tilfredsstillter kravene til forfatterskap, kan oppføres som medforfattere av en artikkel.

Forfatterskap skal tilfredsstillte ICMJE (The International Committee of Medical Journal Editors) med norsk oversettelse av: Nylenna, M. Medforfatterskap i medisin og helsefag (Sist oppdatert: 8.september 2014). De nasjonale forskningsetiske komiteene. Tilgjengelig på:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Medforfatterskap/Medforfatterskap-i-medisin-og-helsefag/>

Enhver forfatter skal ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta et offentlig ansvar for innholdet.

***For medforfatterskap kreves at samtlige forfatterne oppfyller Vancouverreglene:***

- a) Vesentlig bidrag til ide og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data.
- b) Utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.
- c) Godkjenning av artikkelversjonen som skal publiseres.
- d) Enighet om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon og integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt og løst.

Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt kan presiseres. Slik takk forutsetter at de aktuelle personer har samtykket.

### **Tabeller og figurer**

Tabeller og figurer skal nummereres med arabiske tall. Vær oppmerksom på proporsjonene i tabellen slik at den passer inn i tidsskriftets Word-mal. Figurer bør være profesjonelt tegnet.

### **Bilder**

Det er egne opphavsrettigheter for fotografier og andre bilder. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning publiserer ikke fotografier og andre bilder uten at det foreligger skriftlig tillatelse fra rettighetshaver. Det vil si den som er opphav til bildene.

### **Litteraturhenvisninger**

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning bruker referansestilen APA 6th i artiklene. Denne stilen er godt beskrevet og med eksempler på Kildekompasset, <http://kildekompasset.no/referansestiler/apa-6th.aspx>. Om du bruker EndNote, kan stilen (for norsk bokmål) lastes ned fra <https://uit.no/ub/skrive/endnote#linje5>. Du kan også finne hjelp til bruk av stilen her: [https://uit.no/ub/skrive/art?p\\_document\\_id=429864](https://uit.no/ub/skrive/art?p_document_id=429864)

#### ***Litteraturhenvisninger i teksten***

APA 6th er en «author-date» siteringsmåte, hvor en kort referanse i teksten skal være entydig og gjøre det mulig for leseren å finne den fullstendige referansen i litteraturlisten.

I teksten angis siteringer ved forfatteretternavn og utgivelsesår: Duncan (1959). Dersom forfatter ikke er nevnt i teksten, oppgis etternavn og utgivelsesår i parentes: (Holmboe, 1999). Dersom referansen er til en spesifikk del av publikasjonen er det god sitatskikk å angi sidenummer/-numre. Sideangivelse oppgis etter utgivelsesår: (Borg, 1985, s. 24); (Hansen, 1997, s. 26–28). Dersom verket det refereres til har to forfattere, oppgis begge etternavn: (Andersen & Hansen, 2000). Dersom verket det refereres til har mer enn to forfattere, oppgis alle navn ved første referanse. (Hanson, Jensen & Pedersen, 2000). Bruk dernest «et al.» (Hanson et al., 2000). Har en forfatter eller forfatterkombinasjon flere siterte verker samme år, angis dette ved tilføyelse av bokstaver: (Hansen, 1999a) (Hansen, 1999b). Ved flere forfatternavn brukes «og» som sammenføring om navnene står i teksten «slik Hansen, Nilsen og Olsen (1985) viser», «&» om navnene står i parentes «Det er vist (Hansen, Nilsen & Olsen, 1985)». «&» brukes også i litteraturlisten.

Av hensyn til fagvurderingsprosessen skal henvisning til forfatterens egne publikasjoner anonymiseres.

#### ***Litteraturliste***

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten. Bruk overskriften Litteratur. Listen skal settes opp alfabetisk og inneholde alle og kun de forfatterne det er referert til i tekst og tabeller. Navn/tittel på tidsskrift eller bok kursiveres.

Referansene skal alltid inkludere DOI (digital object identifier) for kilder som har dette. DOI skal være en klikkbar URL, og plasseres sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du søke etter tittel, forfatternavn på <http://www.crossref.org/simpleTextQuery>.

### ***Eksempler på utforming av referanser:***

#### Bok

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2017). *Tolkning och reflektion. Vitenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. (2.utg.) Lund: Studentlitteratur

#### Elektronisk bok med forfatter

Eco, U. (2015). *How to write a thesis*. Hentet fra <http://site.ebrary.com/lib/tromsoub/detail.action?docID=11031004>

#### Artikkel i en bok med redaktør

Beston, G. (2003). Brukerperspektiv på prosjektundervisning. I J.K. Hummelvoll (Red.) *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien* (s.220-229). Oslo: Universitetsforlaget

#### Artikkel i et tidsskrift

Halding, A.G., Heggdal, K. & Wahl, A. (2011). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Science* 25(1), 100–107. <http://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00796.x>

Ørstavik, S. (2003). Det tvetydige brukerperspektivet. *Psykisk Helse* 6 (19)

### **Noter og appendikser**

Bruk fotnoter, ikke sluttnoter. Notene skrives med arabiske tall (1,2,3 osv.). Ikke bruk flere noter enn strengt nødvendig. Noter bør i første rekke innarbeides i teksten. Unngå appendikser.

### **Innsending før publikasjon**

Før siste innsending før artikkelen/essayet blir publisert, må artikkelen og eller essayet være korrekturlest, samt være i tråd med kravene beskrevet ovenfor.

Tittelside og manus sendes **i ett dokument**.

### **Bekreftelse**

Bekreftelse på at manuskriptet er mottatt og antatt sendes til korresponderende forfatter.

Artiklene og essayene publiseres fortløpende.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning betaler ikke ut forfatterhonorar.

### **Erklæring om opphavsrett**

Forfattere som publiserer i dette tidsskriftet aksepterer følgende vilkår:

- a. Forfattere beholder opphavsretten til sine verker, og gir tidsskriftet rett til første publisering av verket, som samtidig lisensieres under en [Creative Commons Attribution License](#) som tillater andre å dele verket under forutsetning av at opphavsmannen og den opprinnelige publiseringen krediteres.
- b. Opphavsmenn kan inngå separate tilleggsavtaler om ikke-eksklusiv distribusjon av den publiserte utgaven av sine artikler (f.eks. avgi den til et institusjonelt vitenarkiv) så lenge dette tidsskriftet blir kreditert som første utgiver.
- c. Opphavsmenn tillates og oppmuntres til å gjøre sine verk tilgjengelig på internett (f.eks. i institusjonelle vitenarkiver eller på egne hjemmesider) før og under behandlingen av manuskriptet i tidsskriftet, da dette kan lede til fruktbare meningsutvekslinger såvel som til tidligere og mer sitering av verkene (se [The Effect of Open Access](#)).

### **Erklæring om personvern**

Navn og e-postadresser som avgis til tidsskriftet på dette nettstedet vil kun bli benyttet til de formål de er innsamlet, og vil ikke bli gjort tilgjengelig for andre formål eller andre personer.

## VEDLEGG 2 SELVVALG LITTERATUR

### **Totalt antall sider selvvalgt litteratur 6720 sider**

- Andersen, A. J. W. (2018). *Psykisk helsearbeid: En gang til*. Oslo: Gyldendal Akademisk. S. 235
- Ausland, Liv. H., & Vinje, Helge. F. (2010). Når det tause får ord på seg ... Ethiske overveielser i et forskningsprosjekt om nærvær. I J. K. Hummelvoll, E. Andvig, & A. Lyberg (Red.), *Ethiske utfordringer i praksisnær forskning*. (s. 134–153). Oslo: Gyldendal akademisk. S. 20
- Benzer, J. K., Cramer, I. E., Burgess, J. F., Mohr, D. C., Sullivan, J. L., & Charns, M. P. (2015). How personal and standardized coordination impact implementation of integrated care. *BMC Health Services Research; London*, 15(448), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1079-6> S. 9
- Bower, P., Macdonald, W., Harkness, E., Gask, L., Kendrick, T., Valderas, J. M., ... Sibbald, B. (2011). Multimorbidity, service organization and clinical decision making in primary care: A qualitative study. *Family Practice*, 28(5), 579–587. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz018> S. 9
- Bramesfeld, A., Ungewitter, C., Böttger, D., El Jurdi, J., Losert, C., & Kilian, R. (2012). What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences; Verona*, 21(1), 63–72. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000539> S. 11
- Brown, B., Crawford, P., & Darongkamas, J. (2000). Blurred roles and permeable boundaries: The experience of multidisciplinary working in community mental health. *Health & Social Care in the Community*, 8(6), 425–435. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2000.00268.x> S. 11
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget. S. 223
- Conway, A., O'Donnell, C., & Yates, P. (2017). The Effectiveness of the Nurse Care Coordinator Role on Patient-Reported and Health Service Outcomes: A Systematic Review. *Evaluation & the Health Professions*, 1–34. <https://doi.org/10.1177/0163278717734610> S. 34

- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: En kvalitativ tilnærming* (2.utgave). Oslo: Universitetsforlaget. S. 121
- Danbolt, L. j, Lien, L., & Kjønnsberg, K. (2010). Hjelp når du trenger det – En kvalitativ studie av samhandling og gjensidighetskunnskap i den psykisk helsetjenesten. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 7(03), 238–245. S. 8
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, januar 15). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra: <http://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/> S. 1
- Forskrift om habilitering og rehabilitering. (2001). *Forskrift om habilitering og rehabilitering (FOR-2001-06-28-765)*. Hentet fra: [https://lovdata-no.ezproxy.hioa.no/pro/#document/SFO/forskrift/2001-06-28-765?searchResultContext=1470&rowNumber=2&totalHits=460](https://lovdata.no.ezproxy.hioa.no/pro/#document/SFO/forskrift/2001-06-28-765?searchResultContext=1470&rowNumber=2&totalHits=460) S. 1
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. (2011). *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (FOR-2011-12-16-1256)*. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskriften%20om%20koordinator#KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskriften%20om%20koordinator#KAPITTEL_5) S. 1
- Gilje, N. (2017). Profesjonskunnskapens elementære former. I S. Mausethaugen & J.-C. Smeby (Red.), *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* (s. 21–33). Oslo: Universitetsforlaget. S. 13
- Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., ... Stamou, E. (2014). Introducing New Peer Worker Roles into Mental Health Services in England: Comparative Case Study Research Across a Range of Organisational Contexts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *New York*, 42(6), 682–694. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0603-z> S. 14



- Goffman, E. (1986). *Frame analysis: An essay on the organization of experience*. Boston: Northeastern University Press. S. 586
- Goffman, E. (2014). *Vårt rollespill til daglig: En studie i hverdagslivets dramatik* (Ny utg.). S. 224
- Grimen, H. (2008a). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71–86). Oslo: Universitetsforlaget. S. 16
- Grimen, H., & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 179–196). Oslo: Universitetsforlaget. S. 18
- Hannigan, B., Simpson, A., Coffey, M., Barlow, S., & Jones, A. (2018). Care coordination as imagined, care coordination as done: Findings from a cross-national mental health systems study. *International Journal of Integrated Care*, 18(3), 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.3978> S. 14
- Heggen, K. (2008). Profesjon og identitet. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 321–332). Oslo: Universitetsforlaget. S. 12
- Helse- og omsorgsdepartementet – HOD. (2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St. Meld. Nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1> S. 150
- Helse- og omsorgsdepartementet – HOD. (2012, februar 17). Utdanning for velferd. Meld. St. 13 (2011–2012). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/> S. 65
- Helse- og omsorgsdepartementet – HOD. (2011, august 4). *Prop. 91 L (2010–2011). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/> S. 558

Helse- og omsorgsdepartementet – HOD. (2012, juni 22). *Se meg! —Alkohol – narkotika – doping.*

*Meld. St. 30 (2011–2012).* Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-30-20112012/id686014/> S. 189

Helse- og omsorgsdepartementet – HOD. (2015a). *Folkehelsemeldingen—Mestring og muligheter.*

*(Meld. St. Nr. 19 (2014-2015)).* Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/> S.183

Helse- og omsorgsdepartementet – HOD, H. (2015b). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. (St. Meld. Nr. 26 (2014-2015)).* Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/> S. 169

Helse- og omsorgskomiteen. (2010, april 20). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om*

*samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform (Innst. 212 S (2009–2010)).* Hentet fra:

[Hhttps://www.stortinget.no/no/Saker-og-](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-)

[publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2009-2010/inns-200910-212/](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2009-2010/inns-200910-212/) S. 40

Helse- og omsorgstjenesteloven-hol. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-*

*2011-06-24-30).* Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_7)

[30#KAPITTEL\\_7](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_7) S. 1

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av*

*personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser Sammensatte tjenester – samtidig behandling. IS-1948.* Hentet fra:

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-)

[lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20me](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser/Utredning,%20behandling%20og%20oppf%C3%B8lging%20av%20personer%20med%20ROP-)

[d%20ROP-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf?download=true)

[lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20\(fullversjon\).pdf?download=true](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20faglig%20retningslinje%20(fullversjon).pdf?download=true) S. 128

Helsedirektoratet. (2014, mars). *Sammen om mestring: Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra:  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20%E2%80%93%20Veileder.pdf?download=true> S. 152

Helsedirektoratet. (2017, juni 7). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (Veileder IS-2651)*. Hentet fra:  
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator> S. 95

Helsedirektoratet. (2018a). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus (høring)*. Hentet fra:  
<https://helsedirektoratet.no/horinger/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus-horing> S. 1

Helsedirektoratet. (2018b, januar 30). *Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov. IS*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov> S. 61

Helsedirektoratet. (2018c, mars 1). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus—Pakkeforløp for ulike områder innen psykisk helse og rus er under arbeid*. Hentet fra:  
<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus> S. 1

Helsedirektoratet. (2018d, mai 6). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018-2020. (1.utkast). IS: 2734*.  
[https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/\\_/attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-](https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/dokumenter-pakkeforlop%20psykisk%20helse%20og%20rus/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf/_/attachment/inline/8b6fb586-8e1c-423a-a054-)

376abee6827e:cd98f32681d7c5c52fad3a578d709ffcdbe744a2/Pakkeforl%C3%B8p%20for%20psykisk%20helse%20og%20rus%20-%20nasjonal%20plan%20for%20implementering%202018-2020.pdf S. 21

Helsedirektoratet. (2019, januar 1). Henvisning og start – psykiske lidelser, pakkeforløp voksne.

Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne/seksjon?Tittel=henvi-sning-og-start-11592#forl%C3%B8pskoordinering-i-spesialisthelsetjenesten-og-kommunen> S. 1

Helsepersonelloven-hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*. Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven> S. 1

Hendren, A. J., & Kendall, M. B. (2015). Impact of the role of senior dual disability coordinator on the perceived self-efficacy and job satisfaction of mental health clinicians. *Disability and Rehabilitation*, 37(25), 2330–2336. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1021020> S. 8

Hummelvoll, J. K. (2010a). Forskningsetikk i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer. I A. Andvig, A. Lyberg, & J. K. Hummelvoll (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 33–48). Oslo: Gyldendal akademisk. S. 16

Jones, A., Hannigan, B., Coffey, M., & Simpson, A. (2018). Traditions of research in community mental health care planning and care coordination: A systematic meta-narrative review of the literature. *PLOS ONE*, 13(6), 1–23. <https://doi.org/0198427> S. 23

Kjelle-vold, A. (2013). *Retten til individuell plan og koordinator* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget. S.118

Kjønstad, A., Syse, A., & Kjelland, M. (2017). *Velferdsrett I: Grunnleggende rettigheter, rettsikkerhet og tvang* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk. S. 599

Kommunehelsetjenesteloven–khl. (1982). *Lov om helsetjenestene i kommunen (LOV-1982-11-19-66)*. Hentet fra: <https://lovdata-no.ezproxy.hioa.no/pro/#document/NLO/lov/1982-11-19-66?searchResultContext=1132&rowNumber=2&totalHits=1392> S.1

- Kunnskapsforlaget. (2005). Norsk ordbok med 1000 illustrasjoner: Riksmål og moderat bokmål. I *Norsk ordbok med 1000 illustrasjoner: Riksmål og moderat bokmål* (2. utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget. S.1
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget. S. 150
- Meyers, D., Peikes, D., Genevro, J., Peterson, G., Taylor, E. F., Lake, T., ... Grumbach, K. (2010, desember 30). *The Roles of Patient-Centered Medical Homes and Accountable Care Organizations in Coordinating Patient Care*. Hentet fra: <https://escholarship.org/uc/item/2997j352> S. 17
- Michaelsen R, Vatne S, & Hollingen A. (2007). The role of coordinators in the implementation of individual plans in community mental health services: Focus on user participation and collaboration. *Norsk Tidsskrift For Sykepleieforskning*, 9(4), 15–28. S. 14
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier—En introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13–27). Oslo: Universitetsforlaget. S. 15
- Måseide, P. (2008). Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 367–385). Oslo: Universitetsforlaget. S. 19
- Neal, J., Brown, T., & Rojjanasrirat, W. (1999). Implementation of a case coordinator role: A focused ethnographic study. *Journal of Professional Nursing*, 15(6), 349–355. [https://doi.org/10.1016/S8755-7223\(99\)80065-9](https://doi.org/10.1016/S8755-7223(99)80065-9) S. 7
- Norsk sykepleierforbund (NSF). (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> S. 44
- Nåden, D. (2007). Hermeneutikk og observasjon—En diskusjon. I K. Eriksson, U. Å. Lindström, D. Matilainen, & L. Lindholm (Red.), *Gryning: III : Vårdvetenskap och hermeneutik: Bd. III.* (73-84). Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi. S. 12

- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse—I sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. S. 400
- Orvik, A. (2009, mars 12). Organisatorisk kompetanse motvirker realitetssjokket. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/organisatorisk-kompetanse-motvirker-realitetssjokket> S. 9
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Oslo: Cappelen Damm akademisk. S. 376
- Orvik, A., & Axelsson, R. (2012). Organizational health in health organizations: Towards a conceptualization. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 796–802. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00996.x> S. 7
- OsloMet – storbyuniversitetet. (2018, april 6). Programplan for-Videreutdanning i psykisk helsearbeid—Deltid. Hentet fra: <https://student.oslomet.no/studier/-/studieinfo/programplan/PHA/2019/H%C3%98ST> S. 1
- OsloMet – storbyuniversitetet. (2019, juli 2). Databaser (A-Å.) Her finner du full oversikt over alle databasene Universitetsbiblioteket ved OsloMet abonnerer på. Hentet fra: <https://www.oslomet.no/ub/databaser> S. 1
- OsloMet-Storbyuniversitetet. (udatert-a). Sosialt arbeid Bachelor. Hentet fra: <https://www.oslomet.no/studier/sam/sosialt-arbeid> S.1
- OsloMet-Storbyuniversitetet. (udatert-b). Sykepleie Bachelor. Hentet fra: <https://www.oslomet.no/studier/hv/sykepleie> S.1
- Pasient- og brukerrettighetsloven-pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> S.1
- Personopplysningsloven (popplyl). (2000). *Lov om behandling av personopplysninger. (LOV-2000-04-14-31)*. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31#KAPITTEL_2) S.1

- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen: En innføring i taus kunnskap*. S. 108
- Prop. 15 S (2015-2016). (2015). *Opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020). Proporsisjonen til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/> S. 71
- Ramsdal, H. (2013). Styring og organisering av tjenestene. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 214–242). Oslo: Gyldendal Akademisk. S. 29
- Reinhold, A. G. (2019, høst). The Dicerware Passphrase Home Page. Hentet 5. mai 2019, fra  
<http://world.std.com/~reinhold/dicerware.html> S.1
- Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I., & Lindahl, A. K. (2013). *Health Systems in Transition*. Vol. 15 No. 8 2013. *Det norske helsesystemet*. Hentet fra  
<http://www.fhi.no/kk/helsesystemanalyser/health-systems-in-transition/> S. 169
- ROP Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2013a). *Amund Aakerholt. ACT-håndboka. Inkludert en beskrivelse av FACT-modellen. 2.utgave*. Hentet fra  
<file:///C:/Users/sylto/Zotero/storage/JAPXEIA6/ACT-h%C3%A5ndbok.pdf> S. 68
- ROP Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2013b). *FACT. Flexible Assertive Community Treatment. Visjon, modell og organisering av FACT-modellen. Av Remmers van Veldhuizen 2013 Groningen, Nederland*. Hentet fra  
<https://rop.no/globalassets/dokumenter/fact-handbok.pdf> S. 56
- Rutz, S. I., Bont, A. A. de, Robben, P. B. M., & Buitendijk, S. E. (2016). Children's journeys through organizations: How inspectors evaluate coordination of care. *Child & Family Social Work, 21*(4), 608–618. <https://doi.org/10.1111/cfs.12187> S. 29
- Sandvin, J., & Häglund, U. (2008). Personlig koordinator—Et lokalt forsøk. I J. Sandvin (Red.), *Arbeid, sykdom og mora: Om legeattestert fravær og veien tilbake til jobb* (s. 121–145). Bergen: Fagbokforlaget. S. 25

- Schmid, H. (2010). Organizational Change In Human Service Organizations: Theories, Boundaries, Strategies, and Implementation. I Y. Hasenfeld (Red.), *Human Services as Complex Organizations* (s. 455–479). California, USA: SAGE Publications. S.15
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research: A practical handbook* (2nd ed.). London: SAGE Publications. S. 395
- Simpson, A. (2005). Community psychiatric nurses and the care co-ordinator role: Squeezed to provide 'limited nursing'. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 689–699.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03636.x> S. 11
- Simpson, A., Hannigan, B., Coffey, M., Barlow, S., Cohen, R., Jones, A., ... Cartwright, M. (2016). Recovery-focused care planning and coordination in England and Wales: A cross-national mixed methods comparative case study. *BMC Psychiatry*, 16, 147.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0858-x> S.18
- Sosial- og helsedepartementet-SHdir. (1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. (St. Meld. Nr. 25 (1996–97))*. Hentet fra  
[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25\\_1996-97/id191086/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/) S. 170
- Sosialkomiteen. (1997, juni 9). *Innstilling fra sosialkomiteen om psykiske lidelser og tjenestetilbudene (Åpenhet og helhet) (Innst. S. nr. 258 (1996-97))*. Hentet fra  
<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/1996-1997/inns-199697-258/?lvl=0> S. 33
- Statistisk sentralbyrå/Statistics Norway-SSB. (2019). Kommunefakta. Velg kommune. Klikk på kartet eller skriv i søkefeltet for å velge kommune. Hentet fra:  
<https://www.ssb.no/kommunefakta> S.1
- St.prp.nr. 63 (1997-1998). (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999—2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998. (St.prp.nr. 63 (1997-1998))*. Hentet fra:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/> S.72



Thommesen, H., Normann, T., & Sandvin, J. T. (2008). *Individuell plan: Et sesam, sesam?* (2. utg.). Oslo: Kommuneforlaget. S 199

VID vitenskapelige høyskole. (udatert). Fagplan for bachelor i sykepleie. Studieåret: 2017-2018.

Hentet fra: <https://www.vid.no/site/assets/files/10219/fagplan-bergen-inkludert-fagplan-for-studenter-med-3-aaret-paa-haraldsplass-2017-2018-vid-1.pdf?142c80> S. 1

Vid vitenskapelige høyskole. (2018, mars 22). Fagplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid.

Studieåret: 2019-2020. Hentet fra: <https://www.vid.no/planer/fagplan-for-videreutdanning-i-psykisk-helsearbeid-2019-2020/> S. 1

Watson, S. (2018). *HIV complex care and care coordination: The nurse's role*. 18(2), 38–46. S. 9

VEDLEGG 3 GODKJENNING FRA NORSK SENTER FOR  
FORSKNINGSDATA (NSD)

Jonas Debesay  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 OSLO

Vår dato: 20.06.2018

Vår ref: 60700 / 3 / HJT

Deres dato:

Deres ref:

## Vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning § 31

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 08.05.2018 for prosjektet:

<i>60700</i>	<i>Koordinator som en del av sykepleierrollen</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>OsloMet - Storbyuniversitetet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Jonas Debesay</i>
<i>Student</i>	<i>Anne Jeanette Sylta</i>

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er meldepliktig og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av personopplysningsloven § 31. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

### Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Vi forutsetter at du ikke innhenter sensitive personopplysninger.

### Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

### Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

### Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.01.2019 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Dag Kiberg

Håkon Jørgen Tranvåg

Kontaktperson: Håkon Jørgen Tranvåg tlf: 55 58 20 43 / [Hakon.Tranvag@nsd.no](mailto:Hakon.Tranvag@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anne Jeanette Sylta, [s170734@oslomet.no](mailto:s170734@oslomet.no)



Du har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet.

Personvernombudet forutsetter at du behandler alle data i tråd med OsloMet - Storbyuniversitetet sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet. Vi legger til grunn at bruk av privat pc/mobil lagringsenhet er i samsvar med institusjonens retningslinjer.

Du har i meldeskjema opplyst at indirekte personidentifiserbare opplysninger publiseres. Personvernombudet kan ikke se av øvrig prosjektdokumentasjon at det er tilfellet, og informasjonsskrivet oppgir også at publisering vil være anonym. Vi har derfor lagt til grunn at personopplysninger ikke publiseres. Vi gjør oppmerksom på at dersom du publiserer personopplysninger, er det en forutsetning at den enkelte har samtykket. Vi anbefaler at hver enkelt informant får anledning til å lese og godkjenne opplysningene før publisering.

Prosjektslutt er oppgitt til 31.01.2019. Det fremgår av meldeskjema/informasjonsskriv at du vil anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt.

Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn
- slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

## VEDLEGG 4 INTERVJUGUIDER

# Intervjuguide

Koordinator som en del av sykepleierrollen

Av: Anne Jeanette Sylta

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Fakultet for helsevitenskap (HV)

OsloMet - Storbyuniversitetet

## Semistrukturert intervju til fokusgruppeintervju

### *Innledende til intervju:*

Uformell samtale

Informere om meg selv og min rolle i intervjuet

Introduserer problemstillingen

Informere om hvordan personvern blir ivaretatt (henvis til informert samtykke)

Tillatelse til å ta opp på lydbåndopptaker

Eventuelt starte lydbåndopptaker

### *Innledende spørsmål:*

1. Hvilke arbeidsoppgaver innebærer koordinatorrollen for dere?

### *Hovedspørsmål:*

1. Hva skal til for at dere skal kunne utføre rollen som koordinator på en hensiktsmessig måte?

2. Hvordan opplever dere å organisere koordinatorrollen? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvordan er det å planlegge koordinatorrollen? Hvordan er det å administrere koordinatorrollen?*)

3. Hvordan påvirker sykepleierrollen og koordinatorrollen hverandre? (*Oppfølgingsspørsmål: Opplever dere i større grad at du er sykepleier enn koordinator uten fagspesifikk innhold (omvendt)? Hvorfor tenker dere det? Opplever dere muligheter i koordinatorrollen? Opplever dere begrensninger i koordinatorrollen?*)

4. Tenker dere at andre yrkesgrupper/profesjoner er mer egnet eller uegnet til rollen som koordinator? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvorfor tenker du det? Kan du utdype det?*)

5. Hvordan brukes individuell plan i dagens arbeid? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvordan utføres koordinatorrollen om bruker takker nei til individuell plan?*)

***Hvis det er tid for flere spørsmål:***

1. Hvilke egenskaper og kvalifikasjoner tenker du at en koordinator skal inneha? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvorfor tenker du det?*)

2. Er det føringer på hva koordinatorrollen skal inneholde eller opplever dere en frihet til å tilegne rollen det som dere selv tenker den trenger? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvor autonom/selvstyrende er stillingen?. Hva sier retningslinjene/stillingsbeskrivelse?. Er leder involvert i fastsettelse av rollen?*)

3. Hvordan opplever dere samarbeidet med andre samarbeidspartnere både innad i kommunen og med andre etater/tjenester? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvorfor tenker dere/du det? Kan du utdype det? Hvordan påvirker det deres arbeid?*).

***Oppfølgingsspørsmål:***

Kan du/dere gi et eksempel?

Kan du/dere si noe mer om akkurat det du sier nå?

Kan du/dere beskrive nærmere?

Når du/dere nevner/bruker ordet .... Mener du/dere da?

Forstår jeg deg/dere riktig når jeg sier...?

Hvorfor tenker du/dere akkurat det?

Kan du/dere utdype det?



## ***Avslutning:***

Oppsummere funn fra intervju

Kontroller at informasjonen fra deltakerne er forstått riktig

Er det noe som er uklart eller noe deltakerne ønsker å legge til

Stopp lydbåndopptaker. Gi mulighet for deltakerne å lytte til lydbåndbåndet og eventuelt slette deler av lydbåndet etter deltakerens ønske.

Hør med deltakerne hvordan de opplevde intervjuet

Takke for meg og for deltagelse.

Intervjuguiden er utarbeidet ved bruk av Kvale & Brinkmann (2015).

# Intervjuguide

Koordinator som en del av sykepleierrollen

Av: Anne Jeanette Sylta

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Fakultet for helsevitenskap (HV)

OsloMet - Storbyuniversitetet

## Semistrukturert intervju med leder

### *Innledende til intervju:*

Uformell samtale

Informere om meg selv og min rolle i intervjuet

Introduserer problemstillingen

Informere om hvordan personvern blir ivaretatt (henvis til informert samtykke)

Tillatelse til å ta opp på lydbåndopptaker

Eventuelt starte lydbåndopptaker

### *Hovedspørsmål:*

1. Hvilke kvalifikasjoner tenker du at en sykepleier som utfører koordinatorrollen skal inneha? (*Oppfølgingsspørsmål: hvorfor tenker du det?*)
2. Er det føringer på hva koordinatorrollen skal inneholde eller velger koordinatoren selv å tilegne rollen det som trengs?
3. Hva tenker du er en god koordinator?
4. Hvordan påvirker sykepleierrollen og koordinatorrollen hverandre tenker du?
5. I hvilken grad er koordinatorene involvert i individuell plan (IP)?

### ***Oppfølgingsspørsmål:***

Kan du gi et eksempel?

Kan du si noe mer om akkurat det du sier nå?

Kan du beskrive nærmere?

Når du nevner/bruker ordet .... Mener du da?

Forstår jeg deg riktig når jeg sier...?

Hvorfor tenker du akkurat det?

Kan du utdype det?

### ***Avslutning:***

Oppsummere funn fra intervju

Kontroller at informasjonen fra deltakeren er forstått riktig

Er det noe som er uklart eller noe deltakeren ønsker å legge til

Stopp lydbåndopptaker. Gi mulighet for deltakeren å lytte til lydbåndbåndet og eventuelt slette deler av lydbåndet etter deltakerens ønske.

Hør med deltakerne hvordan de opplevde intervjuet

Takke for meg og for deltagelse.

Intervjuguiden er utarbeidet ved bruk av Kvale & Brinkmann (2015).

# Intervjuguide

Koordinator som en del av sykepleierrollen

Av: Anne Jeanette Sylta

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Fakultet for helsevitenskap (HV)

OsloMet - Storbyuniversitetet

## Semistrukturert intervju etter delvis deltakende observasjon

### *Innledende til intervju:*

Uformell samtale

Informere om meg selv og min rolle i intervjuet

Introduserer problemstillingen

Informere om hvordan personvern blir ivaretatt (henvis til informert samtykke)

Tillatelse til å ta opp på lydbåndopptaker

Eventuelt starte lydbåndopptaker

### *Innledende spørsmål:*

1. Hvordan er din arbeidsdag som koordinator? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvordan løser du dobbeltrollen mellom sykepleie og koordinator? Hvordan balanserer du mellom koordinatorrollen og sykepleierrollen? Er arbeidsdagen mer spontan eller i større grad planlagt på forhånd? Kan du gi et eksempel på en situasjon i forhold til det du snakker om nå?)*

2. Hvilke arbeidsoppgaver innebærer koordinatorrollen for deg?

## ***Spørsmål fra deltakende observasjon***

1. Ved kortvarig eller langvarig sykdom hos koordinator hvordan følges oppgavene til koordinatoren opp i denne perioden?
2. Hvilken rolle spiller pårørende i en koordinators arbeid?
3. Metaforer var noe jeg observerte ble brukt i arbeidet. I hvilke situasjoner brukes metaforer?  
(Hvem brukes metaforer ovenfor?)

## ***Hovedspørsmål:***

1. Hva skal til for at du skal kunne utføre rollen som koordinator på en hensiktsmessig måte?
2. Hvordan opplever du samarbeidet med andre samarbeidspartnere både innad i kommunen og med andre etater/tjenester? (Oppfølgingsspørsmål: Hvorfor tenker du det? Kan du utdype det? Hvordan påvirker det ditt arbeid? Hva er det som gjør at det fungerer/ikke fungerer?)
3. Hvilke egenskaper og kvalifikasjoner tenker du at en koordinator skal inneha?  
(Oppfølgingsspørsmål: Hvorfor tenker du det?)
4. Er det føringer på hva koordinatorrollen skal inneholde eller opplever du en frihet til å tilegne rollen det du selv tenker den trenger? (Oppfølgingsspørsmål: Hvor autonom/selvstyrende er stillingen?. Hva sier retningslinjene/stillingsbeskrivelse?. Er leder involvert i fastsettelse av rollen?)
5. Hvordan opplever du å organisere koordinatorrollen? (Oppfølgingsspørsmål: Hvordan er det å planlegge koordinatorrollen? Hvordan er det å administrere koordinatorrollen?)
6. Hvordan påvirker sykepleierrollen og koordinatorrollen hverandre? (Oppfølgingsspørsmål: Opplever du i større grad at du er sykepleier enn koordinator uten fagspesifikk innhold (omvendt)? Hvorfor tenker du det? Opplever du muligheter i koordinatorrollen? Opplever du begrensninger i koordinatorrollen?)
7. Tenker du at andre yrkesgrupper/profesjoner er mer egnet eller uegnet til rollen som koordinator? (Oppfølgingsspørsmål: Hvorfor tenker du det? Kan du utdype det?)
8. Hvordan brukes individuell plan i dagens arbeid? (Oppfølgingsspørsmål: Hvordan utføres koordinatorrollen om bruker takker nei til individuell plan?).

### ***Oppfølgingsspørsmål:***

Kan du gi et eksempel?

Kan du si noe mer om akkurat det du sier nå?

Kan du beskrive nærmere?

Når du nevner/bruker ordet .... Mener du da?

Forstår jeg deg riktig når jeg sier...?

Hvorfor tenker du akkurat det?

Kan du utdype det?

### ***Avslutning:***

Oppsummere funn fra intervju

Kontroller at informasjonen fra deltakeren er forstått riktig

Er det noe som er uklart eller noe deltakeren ønsker å legge til

Stopp lydbåndopptaker. Gi mulighet for deltakeren å lytte til lydbåndbåndet og eventuelt slette deler av lydbåndet etter deltakers ønske.

Hør med deltakerne hvordan de opplevde intervjuet

Takke for meg og for deltagelse.

Intervjuguiden er utarbeidet ved bruk av Kvale & Brinkmann (2015).

# Intervjuguide

Koordinator som en del av sykepleierrollen

Av: Anne Jeanette Sylta

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Fakultet for helsevitenskap (HV)

OsloMet - Storbyuniversitetet

## Semistrukturert individuelt intervju sykepleier/sosionom

### *Innledende til intervju:*

Uformell samtale

Informere om meg selv og min rolle i intervjuet

Introduserer problemstillingen

Informere om hvordan personvern blir ivaretatt (henvis til informert samtykke)

Tillatelse til å ta opp på lydbåndopptaker

Eventuelt starte lydbåndopptaker

### *Innledende spørsmål:*

1. Hvordan er din arbeidsdag som koordinator? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvordan løser du dobbeltrollen mellom sykepleie og koordinator? Hvordan balanserer du mellom koordinatorrollen og sykepleierrollen? Er arbeidsdagen mer spontan eller i større grad planlagt på forhånd? Kan du gi et eksempel på en situasjon i forhold til det du snakker om nå?)*

2. Hvilke arbeidsoppgaver innebærer koordinatorrollen for deg?

### ***Hovedspørsmål:***

1. Hva skal til for at du skal kunne utføre rollen som koordinator på en hensiktsmessig måte?
2. Hvordan opplever du samarbeidet med andre samarbeidspartnere både innad i kommunen og med andre etater/tjenester? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvorfor tenker du det? Kan du utdype det? Hvordan påvirker det ditt arbeid? Hva er det som gjør at det fungerer/ikke fungerer?*)
3. Hvilke egenskaper og kvalifikasjoner tenker du at en koordinator skal inneha? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvorfor tenker du det?*)
4. Er det føringer på hva koordinatorrollen skal inneholde eller opplever du en frihet til å tilegne rollen det du selv tenker den trenger? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvor autonom/selvstyrende er stillingen?. Hva sier retningslinjene/stillingsbeskrivelse?. Er leder involvert i fastsettelse av rollen?*)
5. Hvordan opplever du å organisere koordinatorrollen? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvordan er det å planlegge koordinatorrollen? Hvordan er det å administrere koordinatorrollen?*)
6. Hvordan påvirker sykepleierrollen og koordinatorrollen hverandre? (*Oppfølgingsspørsmål: Opplever du i større grad at du er sykepleier enn koordinator uten fagspesifikk innhold (omvendt)? Hvorfor tenker du det? Opplever du muligheter i koordinatorrollen? Opplever du begrensninger i koordinatorrollen?*)
7. Tenker du at andre yrkesgrupper/profesjoner er mer egnet eller uegnet til rollen som koordinator? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvorfor tenker du det? Kan du utdype det?*)
8. Hvordan brukes individuell plan i dagens arbeid? (*Oppfølgingsspørsmål: Hvordan utføres koordinatorrollen om bruker takker nei til individuell plan?*).

### ***Oppfølgingsspørsmål:***

Kan du gi et eksempel?

Kan du si noe mer om akkurat det du sier nå?

Kan du beskrive nærmere?

Når du nevner/bruker ordet .... Mener du da?



Forstår jeg deg riktig når jeg sier...?

Hvorfor tenker du akkurat det?

Kan du utdype det?

### ***Avslutning:***

Oppsummere funn fra intervju

Kontroller at informasjonen fra deltakeren er forstått riktig

Er det noe som er uklart eller noe deltakeren ønsker å legge til

Stopp lydbåndopptaker. Gi mulighet for deltakeren å lytte til lydbåndbåndet og eventuelt slette deler av lydbåndet etter deltakers ønske.

Hør med deltakerne hvordan de opplevde intervjuet

Takke for meg og for deltagelse.

Intervjuguiden er utarbeidet ved bruk av Kvale & Brinkmann (2015).

## VEDLEGG 5 SKJEMA FOR INNSAMLING AV PERSONOPPLYSNINGER

## ***Skjema for personopplysninger sykepleier***

### ***Personopplysninger om deg som deltar i prosjektet: koordinator som en del av sykepleierrollen***

Fornavn og etternavn:

Alder:

Kjønn:

År med ansiennitet som sykepleier:

År med ansiennitet som koordinator:

Har du videreutdanning/master innen psykisk helsearbeid:

## ***Skjema for personopplysninger leder***

***Personopplysninger om deg som deltar i prosjektet: koordinator som en del av sykepleierrollen***

Fornavn og etternavn:

Alder:

Kjønn:

Yrkesbakgrunn:

År med ansiennitet som leder:

## ***Skjema for personopplysninger sosionom***

### ***Personopplysninger om deg som deltar i prosjektet: koordinator som en del av sykepleierrollen***

Fornavn og etternavn:

Alder:

Kjønn:

År med ansiennitet som sosionom:

År med ansiennitet som koordinator:

Har du videreutdanning/master innen psykisk helsearbeid:

## ***Skjema for personopplysningar sjukepleiar***

### ***Personopplysningar om deg som deltek i prosjektet: Koordinator som ein del av sjukepleiarrolla***

Fornamn og etternamn:

Alder:

År med ansiennitet som sjukepleiar:

År med ansiennitet som koordinator:

Har du vidareutdanning/master innan psykisk helsearbeid:

## ***Skjema for personopplysningar leiar***

***Personopplysningar om deg som deltek i prosjektet: Koordinator som ein del av sjukepleiarrolla***

Fornamn og etternamn:

Alder:

Yrkesbakgrunn:

År med ansiennitet som leiar:

## ***Skjema for personopplysningar sosionom***

***Personopplysningar om deg som deltar i prosjektet: koordinator som en del av sjukepleiarrolla***

Fornamn og etternamn:

Alder:

År med ansiennitet som sosionom:

År med ansiennitet som koordinator:

Har du vidareutdanning/master innan psykisk helsearbeid:



## VEDLEGG 6 INFORMASJONSSKRIV TIL KOMMUNE OG DELTAKERE

## **Masterprosjekt for å undersøke sykepleiernes erfaring i rollen som koordinator.**

En viktig del av sykepleiernes arbeid er å utføre koordinatorrollen. Koordinatorrollen skal bidra til å gi pasienter med sammensatte utfordringer et godt helhetlig tjenestetilbud innen psykisk helsearbeid for voksne i kommunehelsetjenesten. I praksis er koordinator en rollen som komme i tillegg til sykepleierrollen, hvor det er opp til sykepleierne å prioritere når de ulike rollene skal utføres. Sykepleierne opplever koordinatorrollen lite definert med uklar rollebeskrivelse. I tillegg er koordinatorrollen i en kontinuerlig endringsprosess som følge av endring i helsepolitikk, lov og organisering av kommunehelsetjenesten. For eksempel fra september 2018 er det planlagt å implementere seks nye pakkeforløpet innen psykisk helse og rus.

En klarhet i koordinatorrollens betydning kan lette arbeidet for sykepleierne med et mer målrettet arbeid som igjen vil føre til gode helsetjenester for den enkelte pasient.

Jeg ønsker å finne ut mer om koordinatorrollens praktiske betydning. Hva tilegner sykepleierne koordinatorrollen? Dette prosjektet blir en del av min master i sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling ved OsloMet – Storbyuniversitetet. For å få frem sykepleiernes erfaringer vil jeg gjennomføre observasjon over 3 dager totalt av 4-5 sykepleiere, for å se hvordan sykepleierne arbeider som koordinator på egen arbeidsplass. Jeg ønsker også å gjennomføre gruppeintervju på 90 minutter av de samme sykepleierne for å få frem sykepleiernes refleksjoner knyttet opp til egen opplevelse av koordinatorrollen. For å utdype ytterligere, kan det bli aktuelt med individuelle intervjuer av 1-2 sykepleier eller ledere. For å kunne gjennomføre prosjektet er jeg avhengig av å få tilgang til sykepleier som arbeider som koordinator inne psykisk helsearbeid for voksne i kommunehelsetjenesten. Jeg forventer at disse aktivitetene vil ta opp til 2 uker.

Jeg håper på mulighet til å gjennomføre masterprosjektet i din kommune. Har du spørsmål knyttet til masterprosjektet, ikke nøl med å kontakte veileder Jonas Debesay eller student Anne Jeanette Sylta med kontaktinformasjonen under!

Med vennlig hilsen

Jonas Debesay

Ansatt ved OsloMet -  
Storbyuniversitetet

Telefon: 67 23 60 78

Mobil: 92 81 60 38

Mail: [Jonas.Debesay@oslomet.no](mailto:Jonas.Debesay@oslomet.no)

Anne Jeanette Sylta

Masterstudent ved OsloMet -  
Storbyuniversitetet

Mobil: 40 39 55 60

Mail: [s170734@oslomet.no](mailto:s170734@oslomet.no)

### **Masterprosjekt for å undersøke sjukepleiarane si erfaring i rolla som koordinator.**

Ein viktig del av sjukepleiarane sitt arbeid er å utføre koordinatorrolla. Koordinatorrolla skal bidra til å gje pasientar med samansette utfordringar eit godt heilskapleg tenestetilbod innan psykisk helsearbeid for vaksne i kommunehelsetenesta. I praksis er koordinator ei rolle som kjem i tillegg til sjukepleiarrolla kor det er opp til sjukepleiarane å prioritere når dei ulike rollane skal bli utført. Sjukepleiarane opplever koordinator lite definert med uklar rollebeskriving. I tillegg er koordinatorrolla i ein kontinuerleg endringsprosess som følge av endring i helsepolitikk, lov og organisering av kommunehelsetenesta. For eksempel frå september 2018 er det planlagt å implementere seks nye pakkeforløp innan psykisk helse og rus.

Ein klarheit i koordinatorrolla si betydning kan lette arbeidet for sjukepleiarane med eit meir målretta arbeid som igjen vil føre til gode helsetenester for den einskilde pasient.

Eg ønsker å finne ut meir om koordinatorrolla si praktiske betydning. Kva tileignar sjukepleiarane koordinatorrolla? Dette prosjektet blir ein del av min master i sjukepleie – klinisk forskning og fagutvikling ved OsloMet – Storbyuniversitetet. For å få fram sjukepleiarane sine erfaringar vil eg gjennomføre observasjon over 3 dagar totalt av 4-5 sjukepleiarar, for å sjå korleis sjukepleiarane arbeider som koordinator på eigen arbeidsplass. Eg ønsker og å gjennomføre gruppeintervju på 90 minutt av dei same sjukepleiarane for å få fram sjukepleiarane sine refleksjonar knytt opp til eiga oppleving av koordinatorrolla. For å utdjupe ytterlegare, kan det bli aktuelt med individuelle intervju av 1-2 sjukepleiarar eller leiarar. For å kunne gjennomføre prosjektet er eg avhengig av å få tilgong til sjukepleiarar som arbeider som koordinator innan psykisk helsearbeid for vaksne i kommunehelsetenesta. Eg forventar at desse aktivitetane vil ta opp til 2 veker.

Eg håper på moglegheit til å gjennomføre masterprosjektet i din kommune. Har du spørsmål knytt til masterprosjektet, ikkje nøl med å kontakte rettleiar Jonas Debesay eller student Anne Jeanette Sylta med kontaktinformasjonen under!

Med vennleg helsing

Jonas Debesay

Tilsett ved OsloMet -

Storbyuniversitetet

Telefon: 67 23 60 78

Mobil: 92 81 60 38

Mail: [Jonas.Debesay@oslomet.no](mailto:Jonas.Debesay@oslomet.no)

Anne Jeanette Sylta

Masterstudent ved OsloMet -

Storbyuniversitetet

Mobil: 40 39 55 60

Mail: [s170734@oslomet.no](mailto:s170734@oslomet.no)

# Forespørsel om deltakelse i prosjekt knyttet til masteroppgave

## *Koordinator som en del av sykepleierrollen*

### **Bakgrunn og formål**

Dette er en forespørsel til deg om deltagelse til et prosjekt som er en del av min utdanning innen master i sykepleie - klinisk forskning og fagutvikling ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Formålet er å øke kunnskap om koordinatorrollen som utføres av ansatte med en stillingsbeskrivelse som sykepleier. Målet er å se på erfaringene knyttet til koordinatorrollen innen psykisk helsearbeid for voksne i kommunehelsetjenesten. Og hvordan rollen som sykepleier og koordinator kombineres i det hverdagslige arbeidet på den enkelte arbeidsplassen. Resultatene vil presenteres anonymt i en avhandling som blir min masteroppgave. Her vil bakgrunnsopplysninger av deltagerne bli beskrevet sammen som gruppe. Eksempel: deltagerne i prosjektet er sykepleier i en alder fra 20-50år med 2-20 års ansiennitet.

### **Hva innebærer deltagelse i prosjektet?**

Praktisk vil prosjektet gjennomføres ved observasjon over 3 dager der prosjektansvarlig følger deltagerne i sin arbeidshverdag som ikke omhandler brukerrettet arbeid som eksempel støttesamtaler. Det vil også gjennomføres et gruppeintervju på cirka 90 minutter som holdes av prosjektansvarlig. Til intervju vil det samles en gruppe på 4-5 deltagere som kan være fra ulike bydeler/tettsteder. Intervju vil kun gjennomføres 1 gang. For å utdype ytterligere, kan det bli aktuelt med forespørsel om individuelle intervjuer på 60 minutter av 1-2 deltagere. Jeg vil benytte en oppgitt intervjuguide på forhånd både til individuelle- og gruppeintervju. For både gruppe- og individuelle intervjuer ønskes det å bruke en lydbåndopptaker hvis dette godtas av deltager/deltagerne. Deltagerne vil bli bedt om å fylle ut et skjema med personopplysninger som navn, alder, kjønn, ansiennitet og utdanningsnivå. Det vil ikke innhentes informasjon om deg fra andre instanser, kun det som oppgis i skjemaet. Skjemaet vil kun være tilgjengelig for prosjektansvarlig og 1 veileder fra OsloMet - Storbyuniversitetet. Ved deltagelse har du rett til innsyn i hvilke personopplysninger som er registret på deg.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

Personopplysninger og skriv fra observasjon og intervju vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysninger og skriv fra observasjon og intervju vil bli oppbevart i separate krypterte mapper på en bærbar datamaskin med kryptert harddisk, hvor kun prosjektansvarlig og 1 veileder fra OsloMet – Storbyuniversitetet har tilgang. Personopplysninger vil også aidentifiseres ved bruk av en koblingsnøkkel mellom personopplysningene og skriv fra observasjon og intervju. Dette betyr at det vil benyttes en kode for å koble personopplysningene

opp til skrivene fra observasjon og intervju. Lydbåndopptaker og notater vil bli oppbevart i et låsbart skrin. Lydbånd og dokumenter lagret på bærbar datamaskin vil bli slettet og notater på papir og signert informert samtykke vil bli makulert senest mandag 03.12.2019.

### **Frivillig deltakelse**

Deltagelse i prosjektet er frivillig og samtykket kan trekkes når som helst uten å oppgi grunn for dette. Både å velge å delta, ikke delta eller trekke seg fra prosjektet vil ikke medføre konsekvenser. Ønsker du å delta, signerer du under på samtykkeerklæringen på siste side.

Jeg vil gjøre deg oppmerksom på at personopplysninger om brukere ikke skal oppgis i gruppeintervjuet med tanke på din taushetsplikt. Dette skyldes at det kan være andre deltagere tilstede som ikke arbeider på din arbeidsplass.

For ytterligere spørsmål om prosjektet kan du kontakte Anne Jeanette Sylta (student) på telefon 40 39 55 60 eller per mail til [s170734@oslomet.no](mailto:s170734@oslomet.no). Veileder fra OsloMet Jonas Debesay kan kontaktes på telefon 67 23 60 78/92 81 60 38 eller per mail [Jonas.Debesay@oslomet.no](mailto:Jonas.Debesay@oslomet.no).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS

Med vennlig hilsen

Anne Jeanette Sylta

**Samtykkeerklæring for deltagelse i prosjektet: koordinator som en del av sykepleierrollen**

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet og er villig til delta

Dato \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_  
*Signeres av deltager med dato*

Dato \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_  
*Jeg bekrefter at informasjon om prosjektet er gitt  
Signeres av prosjektansvarlig med dato*

# **Førespurnad om deltaking i prosjekt knyta til masteroppgåve**

## ***Koordinator som ein del av sjukepleiarrolla***

### **Bakgrunn og føremål**

Dette er ein førespurnad til deg om deltaking til eit prosjekt som er ein del av mi utdanning innan master i sjukepleie - klinisk forskning og fagutvikling ved OsloMet – Storbyuniversitetet. Føremålet er å auke kunnskap om koordinatorrolla som vert utført av tilsette med ei stillingsbeskriving som sjukepleiar. Målet er å sjå på erfaringane knyta til koordinatorrolla innan psykisk helsearbeid for vaksne i kommunehelsetenesta. Og korleis rolla som sjukepleiar og koordinator vert kombinert i det daglege arbeidet på den einskilde arbeidsplass. Resultata vil bli presentert anonymt i ei avhandling som blir mi masteroppgåve. Her vil bakgrunnsopplýsningar av deltakarane bli beskrevet saman som gruppe. Eksempel: Deltakarane i prosjektet er sjukepleiarar i alderen frå 20-50 år med 2-20 års ansiennitet.

### **Kva inneber deltaking i prosjektet?**

Praktisk vil prosjektet bli gjennomført ved observasjon over 3 dagar der prosjektansvarleg følgje deltakarane i sin arbeidskvardag som ikkje omhandlar brukareta arbeid som eksempel støttesamtalar. Det vil og bli gjennomført eit gruppeintervju på cirka 90 minutt som vert halden av prosjektansvarleg. Til intervju vil det bli samla ei gruppe på 4-5 deltakarar som kan vere frå ulike bydelar/tettstader. Intervju vil berre bli gjennomført 1 gong. For å utdjupe ytterlegare, kan det bli aktuelt med førespurnad om individuelle intervju på 60 minutt av 1-2 deltakarar. Eg vil nytte ein oppgjeven intervjuguide på førehand både til individuelle- og gruppeintervju. For både gruppe- og individuelle intervju ønsker eg å bruke ein lydbandopptakar om dette vert godkjend av deltakar/deltakarane. Deltakarane vil bli bedne om å fylle ut eit skjema med personopplýsningar som namn, alder, kjønn, ansiennitet og utdanningsnivå. Det vil ikkje bli innhenta informasjon om deg frå andre instansar, kun det som vert oppgjeve i skjemaet. Skjemaet vil kun vere tilgjengeleg for prosjektansvarleg og 1 rettleiar frå OsloMet - Storbyuniversitetet. Ved deltaking har du rett til innsyn i kva personopplýsningar som er registrert på deg.

### **Kva skjer med informasjonen om deg?**

Personopplýsningar og skriv frå observasjon og intervju vil bli behandla konfidensielt. Personopplýsningar og skriv frå observasjon og intervju vil bli oppbevart i separate krypterte mapper på ein berbar datamaskin med kryptert harddisk, kor kun prosjektansvarleg og 1 rettleiar frå OsloMet – Storbyuniversitetet har tilgang. Personopplýsningar vil og aidentifiserast ved bruk av ein koblingsnøkkel mellom personopplýsningane og skriv frå observasjon og intervju.

Dette betyr at det vil bli benytta ein kode for å kolbe personopplysningane opp til skriva frå observasjon og intervju. Lydbandopptakar og notater vil bli oppbevart i eit låsbart skrin. Lydband og dokument lagra på berbar datamaskin vil bli sletta og notater på papir og signert informert samtykke vil bli makulert seinast måndag 03.12.2019.

### **Frivillig deltaking**

Deltaking i prosjektet er frivillig og samtykket kan trekkast når som helst utan å oppgje grunn for dette. Både å velgje å delta, ikkje delta eller trekke seg frå prosjektet vil ikkje medføre konsekvensar. Ønsker du å delta, signerer du under på samtykkeerklæringa på siste side.

Eg vil gjere deg oppmerksom på at personopplysningar om brukarar ikkje skal oppgje i gruppeintervjuet med tanke på din taushetsplikt. Dette på grunn av at det kan vere andre deltakarar til stades som ikkje arbeider på din arbeidsplass.

For ytterlegare spørsmål om prosjektet kan du kontakte Anne Jeanette Sylta (student) på telefon 40 39 55 60 eller per mail til [s170734@oslomet.no](mailto:s170734@oslomet.no). Rettleiar frå OsloMet Jonas Debesay kan kontaktes på telefon 67 23 60 78/92 81 60 38 eller per mail [Jonas.Debesay@oslomet.no](mailto:Jonas.Debesay@oslomet.no).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS

Med vennleg helsing

Anne Jeanette Sylta



**Samtykkeerklæring for deltaking i prosjektet: koordinator som ein del av sjukepleiarrolla**

Eg har motteke informasjon om prosjektet og er villig til delta

Dato \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

*Signerast av deltakar med dato*

Dato \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

*Eg stadfester at informasjon om prosjektet er gitt*

*Signerast av prosjektansvarleg med dato*

## VEDLEGG 7 POSTER

### Poster nynorsk

# Koordinator som ein del av sjukepleiarolla

Anne Jeanette Sylta, masterstudent ved OsloMet – Storbyuniversitetet

**Føremål**  
Å auke kunnskap om **sjukepleiarane sine erfaringar** om korleis det er å utføre rolla som **koordinator** og korleis rolla som sjukepleiar og koordinator vert **kombinert** innan feltet psykisk helsearbeid for vaksne.

**Er du sjukepleiar og ønsker å bidra med egne erfaringar om koordinatorrolla?**

**Kva inneber deltaking?**  
Observasjon over 3 dagar på eigen arbeidsplass og **gruppeintervju** på cirka 90 minutt. For utdjupande informasjon kan det bli aktuelt med førespurnad om deltaking til **individuelle intervju**.

Ønsker du meir informasjon eller å delta ta kontakt på telefon: 40 39 55 60 eller per mail: [s170734@oslomet.no](mailto:s170734@oslomet.no)

### Poster bokmål

# Koordinator som en del av sykepleierrollen

Anne Jeanette Sylta, masterstudent ved OsloMet – Storbyuniversitetet

**Formål**  
Å øke kunnskap om **sykepleieres erfaringer** om hvordan det er å utføre rollen som **koordinator** og hvordan rollen som sykepleier og koordinator **kombineres** innen feltet psykisk helsearbeid for voksne.

**Er du sykepleier og ønsker å bidra med egne erfaringer om koordinatorrollen?**

**Hva innebærer deltagelse?**  
Observasjon over 3 dager på egen arbeidsplass og **gruppeintervju** på cirka 90 minutter. For utdypende informasjon kan det bli aktuelt med forespørsel om deltagelse til **individuelle intervju**.

Ønsker du ytterligere informasjon eller å delta ta kontakt på telefon: 40 39 55 60 eller per mail: [s170734@oslomet.no](mailto:s170734@oslomet.no)

## VEDLEGG 8 PICO

	<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Norske søkeord	Sykepleie	Kommunikasjon		Pasientoppfølging
	Koordinator	Samhandling		Oppfølging
	Koordinering	Samarbeid		
	Rolle	Erfaringer		
	Psykiatri			
	Psykisk lidelse			
	Psykisk helsearbeid lokalt			
	Psykisk helsearbeid			
Engelske søkeord	Nursing Care Coordinator	Communication		Follow-Up
	Care Coordinator	Cooperative Behavior		Reinforcement
	Co-ordinator	Interaction		
	Coordinator	Cooperation		
	Coordinating	Experiences		
	Role			
	Psychiatry			
	Mental disorders			
	Mental Ill Health Work			
	Mental Health Work			
Mental Health Personnel				
Community Mental Health Services				