

**MASTEROPPGAVE**  
**I Sykepleie - klinisk forskning og fagutvikling**  
**Mai 2019**

Sykepleierens funksjon i tverrfaglig spesialisert rusbehandling  
- Usynlig og generell eller tydelig og spesiell?

(En kvalitativ studie)

**Antall ord**

Artikkel: 2990

Kappe: 7627

Anne Line Granamo

Veileder: Unni Knutstad

**OSLOMET**

**OsloMet – storbyuniversitetet**

**Fakultet for helsevitenskap**

**Institutt for Sykepleie og helsefremmende arbeid**

## Sammendrag

### Sykepleierens funksjon i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

#### - Usynlig og generell eller tydelig og spesiell?

**Bakgrunn og hensikt:** Mange sykepleiere i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern beskriver sin rolle som uklar, med vanskeligheter for å definere sykepleierens særegne kompetanse. Det stilles i TSB krav til en tverrfaglig tilnærming som inkluderer medisinskfaglig, sosialfaglig og psykologfaglig kompetanse. Det kan være utfordrende å definere klart hva som er sykepleierens rolle er i spennet mellom disse fagene. Hensikten med denne studien er å fremme kunnskap om sykepleierens funksjon i TSB ut i fra et tverrfaglig perspektiv. Forskningsspørsmålet er formulert slik: Hvilke erfaringer og forventninger har sykepleierne selv og de andre yrkesgruppene i TSB til sykepleiernes funksjon i TSB?

**Metode og analyse:** Studien har et kvalitativt design med semistrukturerte individuelle intervjuer med 5 sykepleiere og 6 informanter fra de andre yrkesgruppene i TSB. Datamaterialet er analysert i henhold til Systematisk tekstkondensering (STC), jmfør Malterud (2017).

**Resultater:** Studien viser til et stort samsvar i informantenes beskrivelse av sykepleiernes funksjon i TSB. Sykepleiernes kompetanse på somatikk og miljøterapi verdsettes, og deres bidrag i det tverrfaglige samarbeidet anerkjennes. Samtidig tydeliggjøres det stor variasjon i hvordan sykepleierne jobber, og det etterlyses at de som gruppe jobber mer likt.

Kjernebegreper i sykepleie som *grunnleggende behov* og *omsorg* er fremtredende, og det understrekes at det er mye grunnleggende sykepleie i jobben sykepleierne gjør i TSB.

**Konklusjon:** Ut i fra denne studien kan man forstå sykepleiernes funksjon i et tverrfaglig team som tydeliggjort med kunnskap om somatikk, miljøterapi og sammenhengen mellom disse. Nasjonale retningslinjer og pakkeforløp peker mot en mer somatisk tilnærming av pasientene, og er det lett å se til sykepleiergruppen som viktige aktører å spille på i denne sammenhengen. Studien synliggjør at tydeligere ledelse, struktur og faglig standard kan sikre kvalitet i tjenesten. Å fremstå som samlet overfor pasientene vil styrke tilbudet og kvaliteten på tjenestene i TSB.

**Nøkkelord:** Sykepleie, Sykepleierolle, Tverrfaglig team, Tverrfaglig samarbeid, Rusbehandling

## **Abstract:**

### **Nurse's function in interdisciplinary specialized drug treatment**

#### **- Invisible and general or clear and special?**

**Background and purpose:** Many nurses in Interdisciplinary Specialized Drug Treatment (TSB) and mental health care describe their role as unclear, with difficulties in defining the nurse's peculiar competence. TSB demands a multidisciplinary approach that includes medical, social and psychological expertise. It can be challenging to define clearly what the nurse's role is between these subjects. The purpose of this study is to promote knowledge of the nurse's function in TSB from an interdisciplinary perspective. The research question is formulated as follows: What experiences and expectations do the nurses themselves and the other occupational groups in the TSB have in the function of the nurses in TSB?

**Method and analysis:** The study has a qualitative design with semi-structured individual interviews with 5 nurses and 6 informants from the other occupational groups in TSB. The data material is analyzed according to Systematic Text Condensation (STC), cf. Malterud (2017).

**Results:** The study refers to a large correspondence in the informants' description of the nurses' function in TSB. Nurses' expertise in somatics and environmental therapy is appreciated, and their contribution to interdisciplinary collaboration is recognized. At the same time, it is made clear that great variation in how the nurses work, and it is requested that those as a group work more equally. Core concepts in nursing as basic needs and care are prominent, and it is emphasized that there is a lot of basic nursing in the job nurses do in TSB.

**Conclusion:** Based on this study one can understand the nurses' function in an interdisciplinary team that clarified with knowledge of somatics, environmental therapy and the connection between these. National guidelines and package paths point to a more somatic approach of the patients, and it is easy to look to the nursing group as important actors to play on in this context. The study highlights that clearer management, structure and professional standards can ensure quality in the service. Appearing as united to the patients will strengthen the provision and quality of the services in TSB.

**Keyword:** Nurse, Nursing Role, Patient Care Team, Interprofessional Relationship, Drug-abuse – treatment

## Forord

Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven har jeg lært mye om både meg selv, feltet jeg jobber i og mine kolleger i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Jeg har lest, undret meg og diskutert mye – noe som har gitt meg kunnskap og nyanser jeg tidligere ikke kjente. Ved flere anledninger har jeg møtt min egen forforståelse i døra, noe som har ført til både latter og frustrasjon underveis. Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg lyst til å lære enda mer om feltet jeg jobber i.

Jeg har fått mye hjelp og støtte underveis, og har derfor mange å takke. Først og fremst vil jeg takke min veileder, Unni Knutstad. Hver gang jeg har gått fra veiledning med henne har det vært med ny inspirasjon, engasjement og optimisme. Hennes kunnskap, formidlingsevne og hyggelige person har vært en viktig drivkraft for meg i arbeidet videre med oppgaven. Og så til alle informantene mine – dere vet hvem dere er! Tusen takk for at dere gav av deres tid, og stilte til intervju for denne studien. Dere har gitt meg innsikt og kunnskap som jeg har lært mye av, og kommer til å ta med meg videre i mitt arbeid i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Arbeidsplassen min, og spesielt de lederne jeg har hatt underveis i studiet fortjener også en stor takk. Jeg er svært takknemlig for at jeg har fått muligheten til å gjennomføre denne masteren. Det er heller ikke til å unngå å rette en stor takk til min kjære pappa, som har brukt mye tid de siste månedene på å kjøre sin gravide datter til og fra veiledning. Uten hans hjelp hadde jeg ikke klart å fullføre til tiden. Og til min kjære ektemann, Jostein, som har vært tålmodig, positiv og hele tiden gitt meg troen på at jeg skal klare å gjennomføre og levere. Til slutt vil jeg takke alle medstudenter, venner og kjente som har hjulpet meg i form av gjennomlesninger, innspill og tilbakemeldinger. Dere som har dratt meg ut av «masterbobla» når jeg har trengt en pause. Dere som har hørt på meg, og rommet mine frustrasjoner. Spesielt min medstudent Anne Kristine, som alltid har vært der når jeg har trengt noen å dele både gleder og frustrasjoner med. Alle overstående har for meg vært viktige bidrag i arbeidet med denne masteroppgaven, i en ellers krevende periode i livet.

Og sist men ikke minst, tusen takk til min lille, nye datter som akkurat lot mamma gjøre seg ferdig med masteroppgaven før hun meldte sin ankomst.

Tusen takk!

Anne Line Granamo, Mai 2019



# Innholdsfortegnelse

<b>1 INTRODUKSJON</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 HENSIKT MED STUDIEN</b> .....	<b>7</b>
<b>1.2 FORSKNINGSPØRSMÅL/PROBLEMSTILLING:</b> .....	<b>8</b>
<b>2 KUNNSKAPSSTATUS OG TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1 AKTUELL FORSKNING, SYKEPLEIEREN I TSB OG PSYKISK HELSEVERN</b> .....	<b>9</b>
<b>2.2 SYKEPLEIERPROFESJONEN OG KUNNSKAPSGRUNNLAGET</b> .....	<b>10</b>
<b>2.3 SYKEPLEIE</b> .....	<b>11</b>
<b>2.4 TVERRFAGLIG SAMARBEID</b> .....	<b>12</b>
<b>3 STUDIENS KONTEKST</b> .....	<b>14</b>
<b>3.1 TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING</b> .....	<b>14</b>
<b>3.2 MILJØTERAPI</b> .....	<b>15</b>
<b>4 METODE OG ANALYSE</b> .....	<b>16</b>
<b>4.1 VALG AV METODE, DESIGN OG ANALYSE</b> .....	<b>16</b>
<b>4.2 DATAINNSAMLING</b> .....	<b>17</b>
4.2.1 Rekruttering og utvalg.....	17
4.2.2 Intervjuer.....	17
4.2.3 Transkribering.....	18
<b>4.3 SYSTEMATISK TEKSTKONDENSERING I HENHOLD TIL MALTERUD</b> .....	<b>18</b>
4.3.1 Trinn 1 Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer.....	18
4.3.2 Trinn 2 Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering.....	19
4.3.3 Trinn 3 Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold.....	20
4.3.4 Trinn 4 Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.....	22
<b>4.4 METODEDISKUSJON</b> .....	<b>23</b>
4.4.1 Validitet og overførbarhet.....	23
4.4.2 Etske overveielser.....	24
4.4.3 Forforståelse.....	25
<b>5 DISKUSJON AV RESULTATER</b> .....	<b>27</b>
<b>5.1 SYKEPLEIEREN I DET TVERRFAGLIGE TEAMET</b> .....	<b>27</b>
<b>5.2 GRUNNLEGGENDE BEHOV</b> .....	<b>28</b>
<b>5.3 OMSORG</b> .....	<b>29</b>
<b>5.4 KUNNSKAPSGRUNNLAGET I SYKEPLEIE/KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS – VEIEN MOT EN FELLES GRUNNMUR</b> .....	<b>30</b>
<b>6 KONKLUSJON</b> .....	<b>32</b>
<b>7 KILDER</b> .....	<b>33</b>
<b>ARTIKKEL</b> .....	<b>36</b>
<b>VEDLEGG:</b> .....	<b>49</b>
<b>VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE</b> .....	<b>49</b>
<b>VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKESKJEMA</b> .....	<b>50</b>
<b>VEDLEGG 3: FORFATTERVEILEDNING, SYKEPLEIEN FORSKNING</b> .....	<b>54</b>
<b>VEDLEGG 4: VURDERING FRA NSD</b> .....	<b>55</b>

# 1 Introduksjon

Denne masteroppgaven består av to deler, en artikkel og en kappe/tematisk fordypning. Tema for oppgaven er sykepleierens rolle i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). En stor andel av pasientene i TSB har mange og sammensatte behov. Sykepleierne, som utgjør den største yrkesgruppen i TSB, har en viktig rolle når det gjelder å imøtekomme disse behovene. En tydeligere sykepleierrolle kan man tenke seg at vil styrke sykepleierens fagidentitet og kvaliteten på tjenestene i TSB.

Artikkelen er en kvalitativ forskningsartikkel, skrevet etter retningslinjer for tidsskriftet «Sykepleien Forskning». Her introduseres tematikken og hensikten med studien. Deretter blir forskningsdesign, metode og analyse kort beskrevet. Resultatene som besvarer studiens problemstilling presenteres og drøftes videre i relasjon til studiens problemstilling og aktuell forskning. Artikkelen avsluttes med en konklusjon.

Kappen inneholder en utdypning av sentrale temaer i oppgaven som artikkelen gir lite plass til. I analyse- og skriveprosessen i denne studien fremtrer mange sykepleierfaglige aspekter som tydeliggjøres i denne delen av oppgaven. Teoretiske perspektiver som sykepleierens profesjon og kunnskapsgrunnlag, sykepleieteori og tverrfaglig samarbeid presenteres og studiens kontekst blir beskrevet. Metode og analyse gjennomgås nøyaktig og resultatene diskuteres i relasjon til oppgavens teoretiske perspektiv og oppgavens forskningsspørsmål.

## 1.1 Hensikt med studien

Hensikten med studien er å fremme kunnskap om forventninger og erfaringer til sykepleierens funksjon i det tverrfaglige samarbeidet i TSB. Videre er det ønskelig å tydeliggjøre den funksjonen sykepleierne har i TSB sett fra et tverrfaglig perspektiv. Andre som omhandler dette tema har hovedsakelig fokus på sykepleiernes egne erfaringer, og i mindre grad deres samarbeidspartneres. Derfor ønsker jeg å øke forståelsen gjennom å intervju øvrige yrkesgrupper i det tverrfaglige teamet i TSB, som består av leger, psykologer, sosionomer og vernepleiere. På den måten kan studien belyse forståelsen, oppfatningene og forventningene de ulike yrkesgruppene har til sykepleierne.

## **1.2 Forskningsspørsmål/problemstilling:**

Hvilke erfaringer og forventninger har sykepleierne selv og de andre yrkesgruppene i TSB til sykepleiernes funksjon i TSB?

I oppgaven brukes både ordene «rolle» og «funksjon». Begrepene defineres som Sælør og Bjerkenes (2012): «*En rolle kan noe løst defineres som et sett av forventninger knyttet til en bestemt stilling eller funksjon*».



## **2 Kunnskapsstatus og teoretisk perspektiv**

For å finne forskningsfronten på feltet er systematisk litteratursøk gjennomført sammen med bibliotekar. Søkene er gjennomført i databasene CINAHL, PsychInfo, Medline og SveMed+. Følgende søkeord blir benyttet: Nurse, Nursing Role, Patient Care Team, Physician – Nurse Relationship, Interprofessional Relationship, Drug Abuse og Drug Abuse Treatment i flere kombinasjoner. Det ble ikke funnet noen forskningsartikler som kunne relateres direkte til mitt forskningsspørsmål. Det ble imidlertid funnet to artikler som omhandler samarbeidet mellom sykepleiere og leger i sykehus, med overførbarhet til tverrfaglig samarbeid. Funnene fra disse studiene presenteres under «Tverrfaglig samarbeid». Det ble gjort enkle søk i «Tidsskrift for den norske legeforening», «Psykologtidsskriftet» og «Sykepleien Forskning». I «Sykepleien Forskning» funnet en artikkel om sykepleierens rolle i psykisk helsevern. I tillegg er det i oppgaven inkludert to forskningsrapporter som omhandler sykepleierens rolle i psykisk helse- og rusfeltet.

### **2.1 Aktuell forskning, Sykepleieren i TSB og psykisk helsevern**

Studier viser til at flere sykepleiere i TSB og psykisk helsevern beskriver sin rolle som uklar, med vanskeligheter for å definere sin særegne kompetanse, og hva som skiller de fra andre yrkesgrupper (Karlsen, 2009; Karlsson og Kim, 2015; Melby, Ådnanes, og Kasteng, 2017). Både i studien til Melby et al. (2017) og Karlsson og Kim (2015) vises det til at sykepleierne opplever sin rolle som relativt åpen når det kommer til hvordan den skal utformes.

Sykepleieren i TSB er vagt beskrevet i litteraturen og omtales blant annet som ”legens medspiller” eller ”en som sikrer tilgjengelighet på medisinske tjenester og forsvarlighet døgnet rundt” (Lundberg 2012). Det fremkommer av studien til Melby et al. (2017) at den mest uttalte erfaringen relatert til tverrfaglig samarbeid er at sykepleierens bidrag ikke anerkjennes av deres kolleger. Dette til tross for deres tette kontakt med pasientene.

Sykepleierne trekker selv frem sin egen rolle som sentral i teamet med viktig kompetanse når det gjelder vurdering og oppfølging av pasienter. I studien til Karlsen (2009) trekkes det frem at sykepleierne ser på sin kunnskap om kroppen som det som skiller sykepleierne fra andre høyskoleutdannede yrkesgrupper. Karlsen (2009) viser også til sammenhengen mellom kroppen og psyken, og viktigheten av å jobbe med det somatiske og psykiske samtidig. Videre mener forfatteren at det å jobbe med grunnleggende fysiske behov er viktige bidrag fra sykepleierne i den psykiske helsetjenesten. Melby et al. (2017) hevder også at det å se psykisk

og fysisk helse i sammenheng er en viktig særkompetanse hos sykepleierne. Resultatene i Melby et al. (2017) sin studie viser at sykepleierne selv mener at det allerede jobbes godt med pasientenes fysiske helse, men at ytterligere kompetanse på området er nødvendig. Norsk Sykepleierforbund påpeker at profesjonsnøytral lovgivning og tverrfaglige videre- og masterutdanninger i psykisk helsearbeid kan svekke sykepleiernes fagspesifikke kompetanse i rus og psykisk helsevern (Norsk sykepleierforbund, 2008).

## **2.2 Sykepleierprofesjonen og kunnskapsgrunnlaget**

Mausethagen og Smeby (2017) definerer begrepet profesjon som kunnskapsbaserte yrker som må basere seg på en utdanning på universitets- eller høyskolenivå. Å kvalifisere seg til profesjonell yrkesutøvelse kalles profesjonskvalifisering (Mausethagen og Smeby, 2017). Videre fremhever de tre aspekter i profesjonskvalifisering: arena, innhold og styring. Arena er der profesjonsutdanningen skjer, både på utdanningsinstitusjonen og i arbeidslivet, hvor oppdatering og videreutdanning etter endt utdanning strekker seg over hele karrieren. Innhold handler om innholdet i kvalifiseringen til et spesifikt yrkesfelt. Praktiske ferdigheter og verdier er sentrale, samt å ivareta og utvikle arbeidet i tråd med kunnskapen på feltet, samfunnets forventninger og yrkesetiske retningslinjer. Styring av kvalifiseringen betyr at autonomien man har i sin yrkesutøvelse stiller store krav til kunnskap og kompetanse slik at man kan utøve profesjonelt skjønn på best mulig måte (Mausethagen og Smeby, 2017). Rammeplanen for sykepleiere i Norge viser til at ferdig utdannede sykepleieren skal ha kompetanse innenfor en rekke ulike hovedtemaer: helsefremming og forebygging, pleie, omsorg og behandling, undervisning og veiledning, yrkesetisk holdning og handling, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning, organisasjon og ledelse, politikk og lovverk (Kunnskapsdepartementet, 2008). Alvsvåg et al. (2013) bruker begrepet kunnskapssøyler om kunnskapsformer relatert til sykepleie. Søylene omhandler erfaringsbasert kunnskap, teoretisert-/profesjonell praksis og vitenskapelig kunnskap. Samtidig hevdes det at skjønn og dannelse skal skape sammenheng mellom disse søylene (Alvsvåg et al., 2013). Norsk Sykepleierforbunds (NSF) (2011) skriver i sine yrkesetiske retningslinjer at: *«Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse, og brukerkunnskap.* Austgard (2010) poengterer at det å utøve sykepleie på grunnlag av faglig skjønn innebærer et usikkerhetsmoment, og at man derfor må ha mot til å stole på sine vurderinger og valg. Polit og Beck (2017) understreker at selv om klinisk erfaring er en vanlig kilde til kunnskap, eigner det seg ikke alene som vurderingsgrunnlag for sykepleieren. De viser til at to sykepleiere vil

kunne oppleve den samme situasjonen ulikt, basert på sine erfaringer, og derfor også sannsynligvis handle ulikt. Som mennesker har vi lett for å tillegge våre erfaringer oppfatningen av at noe vi «vet» egentlig er noe vi tror (Johannessen, Christoffersen, og Tufte, 2016). Sandvik, Stokke, og Nortvedt (2011) påpeker at dersom de ansatte skal kunne ta velbegrunnede avgjørelser i ulike situasjoner bør sykehuset ha retningslinjer, prosedyrer, beste praksis og anbefalinger som inkluderer forskningsresultater. God integrering av kunnskapsbasert praksis i klinisk behandling er viktig for å forbedre kvaliteten på pasientbehandling og utfall (Saunders og Vehviläinen-Julkunen, 2016). En undersøkelse gjort blant norske sykepleiere viser at kolleger og overordnede i mye større grad ble trukket frem som kunnskapskilder enn fagbøker, tidsskrifter eller internett (Caspersen, 2007). Tid og kunnskap er noen av barrierene som nevnes knyttet til at sykepleierne ikke benytter mer kunnskapsbasert praksis (Saunders et al., 2016). Bjørk og Solhaug (2008) understreker at utøvelse av kunnskapsbasert sykepleie skal være basert på oppdatert kunnskap, og forskningsbasert kunnskap skal brukes når den finnes.

## **2.3 Sykepleie**

Trygg fagidentitet beskrives trekkes frem som et viktig element i tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2005). Når man snakker om sykepleierens rolle i det tverrfaglige teamet i TSB, kan det være nyttig med noe bakgrunnsinformasjon om ulike perspektiver på hva sykepleie er. Perspektiver på sykepleie beskrives i litteratur og gjennom utviklede sykepleierteorier. Eksempler på sykepleierteorier er de filosofiske omsorgsteoriene til Kari Martinsen og de mer praksisorienterte sykepleierteoriene til Dorothea Orem og Virginia Henderson (Kirkevold, 2013). Henderson gav i 1955 ut en lærebok, hvor fokus lå på sykepleierens oppgaver med å identifisere og avhjelpe pasientenes grunnleggende behov. Ikke bare fysiske, men også psykiske, sosiale og eksistensielle behov omfattes av hennes teori. Det overordnede målet er å restituere pasienten til selvstendighet, eller å bidra til en fredfull død dersom døden er uunngåelig (Kirkevold, 1998). Sykepleierne skal, i følge Barker (1997 i Hummelvoll, 2012) være de som identifiserer behovene til pasienten, men ikke selv legger seg opp i utfordringen eller diagnosen pasienten har. Han mener at det er psykiatere som søker etter tegn og symptomer på en diagnose hos pasienten, mens sykepleierne skal fokuserer på utfordringene diagnosen skaper for pasienten. Kari Martinsens arbeid tar avstand fra det positivistiske virkelighets- og vitenskapssynet som hun mener at preger samfunnet generelt, og sykepleievitenskapen spesielt (Kirkevold, 1998). Martinsens omsorgsteori

representerer en alternativ forståelse av sykepleierfaget, og av sykepleiens kunnskapsgrunnlag (Kirkevold, 1998). Omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv, og omsorgens betydning er bundet i at det mest grunnleggende i menneskets tilværelse er at mennesker er avhengige av hverandre (Martinsen, 1989). Hummelvoll (2012) beskriver også omsorg som noe av kjernen i sykepleien. Omsorg kan sees i sammenheng med å møte håp, erfare at noen bryr seg og en innlevende forståelse (Hummelvoll, 2012), og kan sånn sett sees på som viktige elementer i møte med en pasientgruppe med sammensatte utfordringer, som i TSB. Norsk sykepleierforbund definerer sykepleie slik: «*Sykepleiens særegne funksjon er: Å fremme helse og hjelpe personer som har eller kan bli utsatt for sykdom/helsesvikt, med å ivareta sine grunnleggende behov*» (Norsk Sykepleierforbund, 2008).

## **2.4 Tverrfaglig samarbeid**

Hagland and Solvang (2017) definerer tverrprofesjonell praksis som når flere profesjoner samarbeider og bruker hverandres bidrag for å optimalisere behandling og omsorg (Barr et al., 2005; Willumsen og Ødegård, 2016, i Hagland og Solvang, 2017). Dette samsvarer med hvordan Helsedirektoratet (2016) beskriver tverrfaglig samarbeid. De nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet stiller krav til at TSB skal være tverrfaglig, noe som inkluderer medisinskfaglig, sosialfaglig og psykologfaglig kompetanse (Helsedirektoratet, 2016). I helse- og sosialtjenesten foreligger det en forventning om at yrkesgruppene samarbeider på tvers av profesjonsgrensene. Dette gjelder spesielt til pasienter med langvarige og/eller sammensatte utfordringer (Hagland og Solvang, 2017). Forfatterne påpeker at det er forventet, men ikke gitt at representanter fra ulike profesjoner samarbeider om hvordan deres bidrag inngår i pasientforløpet. Grimen (2008c, i Hagland og Solvang, 2017) beskriver at det å kjenne til hverandres aktiviteter, kunnskap og vurderingskriterier bidrar til tillitt og at man stoler på hverandre er et viktig grunnlag for samhandling i tverrprofesjonell praksis. Karlsen, (2009) skiller i tverrfaglig samarbeid mellom basiskompetanse og fagspesifikk kompetanse. Basiskompetansen beskriver han som kunnskapen alle profesjonene innehar og handler om holdninger, etikk, brukermedvirkning, relasjonskompetanse og samarbeidskompetanse. Fagspesifikke kompetansen omhandler kunnskaper og ferdigheter som er særegne for den enkelte yrkesgruppen, og er den kompetansen som utgjør skillet mellom profesjonene (Karlsen, 2009). Helsedirektoratet (2005) viser til at tverrfaglig samarbeid krever gjensidig respekt og anerkjennelse, i tillegg til fagkunnskap og trygg fagidentitet. Samtidig er det viktig at man

tydeliggjør de ulike yrkesgruppenes fagspesifikke kompetanse. Pullon (2008) mener at en felles forståelse for hverandres roller i pasientarbeidet fører over tid til respekt for hverandres yrkesgrupper. Videre vises det til at god kompetanse og tillitt til egen kunnskap også bidrar til økt respekt fra kolleger. Steget fra respekt til tillitt mellom profesjonene må utvikles mellom to individer, og er altså i større grad personavhengig (Pullon, 2008).

House og Havens (2017) har utarbeidet en systematisk oversikt som omhandler sykepleiere og legers forventninger til hverandres yrkesgrupper. Studien er basert på 16 enkeltstudier fra flere land, inkludert Norge. Resultatene viser at sykepleierne og legene oppfatter samarbeidet ulikt. Sykepleierne i studien verdsetter åpen og tydelig kommunikasjon med legene. Samtidig fremmes det et ønske om større likhet i beslutningstaking rundt pasientene, økt toveis kunnskapsutveksling, at deres forslag og bekymringer rundt pasientens behandling i større grad blir vurdert. Legen anser seg selv som den primære beslutningstageren, og opplever å stå med ansvaret for pasientbehandlingen. Noen av legene mener et effektivt samarbeid er tilstede når sykepleierne er tilgjengelig for å assistere dem eller å svare på spørsmål vedrørende pasienten. Flere av legene rapporterer at de anser sykepleiernes bidrag som ekstremt verdifullt. Forfatterne etterlyser en definisjon og instrumenter for å lettere kunne måle kvaliteten på samarbeidet (House og Havens, 2017).

## 3 Studiens kontekst

### 3.1 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

«Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven» trådte i kraft i 2004 (rundskriv). På bakgrunn av blant annet økt helsefokus i rusfeltet (Lundberg, 2012) ble TSB opprettet som en del av spesialisthelsetjenesten. Pasienter med ruslidelser fikk med dette for første gang pasientrettigheter (Sælør og Bjerknes, 2012). Pasienter som skal inn i TSB må henvises, og vurderes for rett til nødvendig helsehjelp (Haga, 2012). Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige skal ha en tverrfaglig tilnærming, som inkluderer medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse (Helsedirektoratet, 2016). I følge Lundberg (2012) ivaretas det medisinskfaglige perspektivet i hovedsak av lege som spesialist med sykepleier som medspiller. Psykologen er spesialisten i det psykologfaglige perspektivet, og i det sosialfaglige perspektivet er den kliniske sosionomen spesialist. Det understrekes at sykepleierne har andre viktige roller i TSB, som behandlere, ledere og døgnet rundt -personell som sørger for medisinsk forsvarlighet (Lundberg, 2012). TSB omfatter dagbehandling, poliklinikk og døgnbehandling. Hensikten med døgnbehandling er blant annet til å gjøre pasienten i stand til å ta imot videre oppfølging på et lavere omsorgsnivå (Helsedirektoratet, 2016). Målet med behandlingen er individuelt for hver pasient, men mål knyttet til selve rusbruken står alltid sentralt. Det er også viktig med behandlingsmål knyttet til pasientens bakenforliggende problematikk og livssituasjon (Helsedirektoratet, 2016). Rusavhengighet er en kompleks tilstand som involverer genetiske, nevrologiske, fysiske og miljømessige forhold (Lossius, 2012). En stor andel av de som utvikler avhengighet har andre utfordringer i tillegg. Eksempelvis arvelig belastning, sårbarhet eller psykiske lidelser (Kraft, 2016) som angst, depresjon, personlighetsforstyrrelser og psykoselidelser (Evjen, Øiern og Kielland, 2012). Det er viktig at behandlingstiltak står i en tydelig logisk sammenheng med målene for behandlingen (Mørland og Waal, 2016). Lidelsen påvirker livskvalitet og mortalitet. Til forskjell fra mange andre lidelser har rusen ofte en attraktiv side for brukeren, som gjør at brukeren ikke alltid opplever seg selv som behandlingstrengende (Mørland og Waal, 2016). Et av paradoksene knyttet til avhengigheten er i følge Kraft (2016) nettopp at brukeren kjenner til de negative konsekvensene ved rusbruken, men likevel fortsetter.

## 3.2 Miljøterapi

Miljøterapi er anbefalt som terapiform i TSB, og bør forankres i tjenestestedets lovverk og prosedyrer (Helsedirektoratet, 2016). Miljøterapeutiske prinsipper ligger til grunn for den daglige oppfølgingen av pasientene. Det finnes flere ulike retninger innenfor miljøterapi, og det er vanlig å bruke elementer fra de ulike tilnærmingene (Helsedirektoratet, 2016). Det foreligger ulike definisjoner på miljøterapi i litteraturen. Fredheim (2009) beskriver at miljøterapi skal ha en terapeutisk effekt på pasientene og deres problemer. Pasientene skal ta del i et fellesskap og få støtte fra omgivelsen. Det handler om å utnytte mulighetene i daglig samspill med andre, rutiner og aktiviteter. Lillevik og Øien (2015) skriver i sin definisjon av miljøterapi at miljøterapi skal være planlagt og faglig begrunnet, samt nyttiggjøre seg av de tilgjengelige ressursene i omgivelsene. Ved å variere mellom støtte og utfordring, i en relasjon med anerkjennelse og respekt, legges det til rette for psykisk, fysisk, sosial og åndelig vekst, samt styrking av egenomsorg (Lillevik og Øien, 2015). Gunderson (1978) beskriver fem miljøterapeutiske prosesser som består av beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og ugyldiggjøring.

## 4 Metode og analyse

Det er i denne kappen viet god plass til nøyaktig gjennomgang av metode, og spesielt dataanalysen som er gjennomført i denne studien, da det er lite plass til dette i artikkelen. Med en god beskrivelse av metode og analyse, gir forskeren leseren informasjon til å vite hvilke betingelser kunnskapen er utviklet under (Malterud, 2017). God beskrivelse av analyseprosessen vil også være med på å styrke den kvalitative studiens troverdighet (Polit og Beck, 2017). Denne studien har en induktiv tilnærming med et eksplorerende design. Induktiv tilnærming egner seg godt på områder hvor det fra før foreligger lite kunnskap. Som forsker nærmer man seg da tema uten for mange ideer og teste, og det er empirien som avgjør hvilke spørsmål det er verdt å svare på (Kvale og Brinkman, 2015). Dette til forskjell fra en deduktiv tilnærming hvor man tar utgangspunkt i teori, for eksempel for å bekrefte eller avkrefte antakelser på områder det foreligger mye forhåndskunnskap (Kvale og Brinkman, 2015). I forskning skiller man gjerne mellom studier som har som mål å beskrive et fenomen, og de som er mer årsakssøkende (Polit og Beck, 2017). Ved beskrivende og utforskende design studeres gjerne fenomener for å få kunnskaper om områder som fra før er lite studert (Polit og Beck, 2017), slik som i denne studien

### 4.1 Valg av metode, design og analyse

Studien har et kvalitativt design basert på 11 individuelle, semistrukturerte dybdeintervjuer. Rekrutteringen ble gjort ved strategisk utvalg, og det har blitt benyttet informanttrianglering. Datamaterialet er analysert i henhold til systematisk tekstkondensering (STC) som beskrevet i Malterud (2017).

Kvalitativ metode egner seg til å samle inn kunnskap om hvordan mennesker oppfatter verden (Malterud, 2017), og ble derfor et naturlig valg i denne studien, hvor blant annet erfaringer og forventninger undersøkes. Datainnsamlingen ble gjort med semistrukturerte individuelle dybdeintervjuer, som har et formål om å se verden fra informantens side, og innhente kunnskap om intervjupersonens opplevelse av et tema (Kvale og Brinkman, 2015). I denne oppgaven er det brukt informanttrianglering, hvor data er innhentet fra ulike yrkesgrupper for å belyse forskningsspørsmålet ut ifra et tverrfaglig perspektiv. Trianglering betyr at man bruker flere kilder eller referanser for å trekke konklusjoner om en sannhet (Polit og Beck, 2017). STC som beskrevet i Malterud (2017) er en systematisk analyse som er anbefalt for



nybegynnere (Malterud, 2017). Da dette er min første kvalitative studie, valgte jeg å benytte denne analysemetoden.

## **4.2 Datainnsamling**

### **4.2.1 Rekruttering og utvalg**

Planlegging av datainnsamlingen begynte da prosjektplan ble skrevet i april 2018. Det ble avklart med ledelsen på den aktuelle arbeidsplassen at datainnsamlingen kunne gjennomføres der. Et strategisk utvalg er satt sammen av informanter som vil være mest nyttig for studien (Polit og Beck, 2017), og for å belyse problemstillingen best mulig (Malterud 2017), og er derfor et naturlig valg i denne studien. TSB innebærer dagbehandling, poliklinikk og døgnbehandling (Helsedirektoratet, 2016) For å lettere se en sammenheng i funksjonen til sykepleierne ønsket jeg å intervju ansatte tilknyttet samme del av TSB, døgnbehandling. Inklusjonskriteriet for studien var at informantene arbeider i en av yrkesgruppene tilknyttet TSB: sykepleier, vernepleier, sosionom, lege og psykolog. Ønsket var å inkludere minimum fem sykepleiere, og minst en fra hver av de andre yrkesgruppene. Grunnet oppgavens omfang ble det satt en grense på 11 informanter. To døgnavdelinger ble forespurt om deltakelse. På grunn av respons fra kun en av avdelingene ble alle informantene rekruttert derfra. Informantene ble rekruttert med informasjonsskriv på epost og invitasjon til informasjonsmøte som ble videreformidlet av leder på avdelingen. 14 ansatte tilbød seg å delta i studien. Det ble derfor foretatt en tilfeldig trekning for å imøtekomme inklusjonskriteriene. Informantenes erfaring fra TSB varierer fra mellom 1 – 15 år.

### **4.2.2 Intervjuer**

Intervjuguiden bestod av 7 åpne spørsmål knyttet til erfaringer og forventinger til sykepleierens funksjon i TSB. En semistrukturert intervjuguide inneholder oversikt over emner som skal dekkes og forslag til spørsmål (Kvale og Brinkman, 2015). Spørsmålene er hentet fra liknende studier gjort på sykepleiere (Kleiveland, 2014; Melby et al., 2017) og tilpasset arbeidssted. Intervjuguiden ble fulgt under intervjuene, samtidig som det ble åpnet for oppfølgingsspørsmål underveis. Lengden på intervjuene var på mellom 16 og 65 minutter. Det ble gjort lydopptak av intervjuene. Intervjuene ble gjennomført på informantens arbeidsplass.

### **4.2.3 Transkribering**

Å transkribere betyr å transformere, en oversettelse fra talespråk til skriftspråk (Kvale og Brinkman, 2015). Jeg gjennomførte transkriberingen selv. Når man som forsker selv transkriberer får man en tidlig gjennomgang av materialet og kan bli kjent med det fra flere sider (Malterud, 2017). Intervjuene er transkribert fortløpende, direkte fra lydopptaker, ordrett og med kommentarer om pauser og kroppsspråk.

## **4.3 Systematisk tekstkondensering i henhold til Malterud**

I dette kapittelet beskrives analysen som er gjort i denne studien. Den er gjennomført i henhold til de fire fasene i STC som beskrevet i Malterud (2017). Det første trinnet handler om at forskeren skal bli kjent med helhetsinntrykket i datamaterialet. I trinn to identifiseres og kodes meningsbærende enheter, før innholdet kondenseres i trinn tre. I trinn fire lages en syntese og sammenfatning av funnene. Analysen er induktiv med tanke på å utvikle ny kunnskap (Malterud, 2017).

### **4.3.1 Trinn 1 Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer**

I det første trinnet ble hele transkripsjonen lest nøye gjennom, for å bli kjent med materialet og få et helhetsbilde (Malterud, 2017). Intervjuene ble sortert og gjennomlest som to grupper, sykepleierne og de andre yrkesgruppene. Et viktig poeng var å sette forforståelsen til side, og vurdere mulige temaer som representerer problemstillingen (Malterud, 2017). Etter å ha lest gjennom alt av materialet alene og delvis sammen med min veileder, noterte vi foreløpige temaer som beskrev hvilke erfaringer og forventninger informantene hadde til sykepleierne i TSB (Figur 1). Ved å være to personer som leste gjennom og kom med forslag til tema kom det frem nyanser og detaljer vi ikke nødvendigvis hadde funnet alene. Malterud (2017) legger vekt på at man i dette trinnet skal få nye inntrykk og ideer. Underveis i gjennomlesningen dukket det opp mønstre og tema som ikke hadde vært synlige for meg tidligere i prosessen. Det er i følge Malterud (2017) et godt tegn på iterativ analyse, at de nye temaene blir en videreutvikling av temaene fra intervjuguiden. Etter gjennomlesningen satt vi igjen med 8 temaer (Figur 1).

Sykepleieren i spennet mellom medisin og miljøterapi	Spesifikke oppgaver	Kompetanse, kunnskap og ferdigheter	Rolleuklart	Behov for ledelse og faglig standard	Samarbeid med de andre yrkesgruppene	Samarbeid og erfaringsutveksling sykepleierne imellom	"De medisinske" Samarbeidet mellom leger og sykepleiere
--	---------------------	-------------------------------------	-------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---	---

Figur 1: Foreløpige tema fra trinn 1

#### 4.3.2 Trinn 2 Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering

I det andre trinnet i analysen skal deler av materialet studeres nærmere (Malterud, 2017). I henhold til Malterud (2017) ble materialet gjennomlest linje for linje, og de meningsbærende i teksten ble lagt til side for videre analyse. Det er essensielt å skille irrelevant tekst fra relevant tekst som belyser problemstillingen (Malterud, 2017). Malterud (2017) kaller denne sorteringsprosessen for «koding». For å sortere og få en oversikt over de meningsbærende enhetene brukte jeg programmet Excel. Med utgangspunkt i de foreløpige temaene som ble notert i analysetrinn en, ble enhetene kodet under likelydende kodegrupper (Figur 2). I denne prosessen ble de meningsbærende enhetene kodet inn i et ark for sykepleierne og et for de andre yrkesgruppene. Prosessen var tidkrevende og nøyaktig, og bidro til enda dypere forståelse av datamaterialet. I trinn 2 er det også en fordel å lese gjennom sammen med en annen, med det formål å skape flere nyanser (Malterud, 2017). Tekstene med de meningsbærende enhetene ble lest gjennom sammen med veileder. Malterud (2017) understreker at kodegruppene hele tiden skal bli mer gjensidig utelukkende. Vi så at det i noen grupper forekom dobbeltkoding, og valgte derfor å kutte vekk kodegruppen «Sykepleieren i spennet mellom medisin og miljøterapi», da de meningsbærende enhetene i denne gruppen ofte var dobbelt- eller trippelkodet (Figur 3).

Sykepleieren i spennet mellom medisin og miljøterapi	Spesifikke oppgaver	Kompetanse, kunnskap og ferdigheter	Rolleklart	Behov for ledelse og faglig standard	Samarbeid med de andre yrkesgruppene	Samarbeid og erfaringsutveksling mellom sykepleierne imellom	"De medisinske" Samarbeidet mellom leger og sykepleiere
Men når man sitter i miljøet så kan man faktisk fange opp ting. At ikke ting er bare hyggelig å sitte der. At det er, ja, at du oppdager ting som kanskje er gjentakende,	Ja. Man har jo selvfølgelig medisinsansvar, men det er jo et generelt ansvar man har hvis man jobber her som sykepleier.	Jeg føler kanskje at de.. de har kanskje mer av den omsorgsbiten, litt mer slønn, å men jeg skal hjelpe deg. Jeg tror kanskje mange har jobba med eldre for eksempel.	Jeg har litt vanskelighet med å skille på hva vernepleieren gjør til forskjell fra sykepleieren. Så akkurat den arbeidsfunksjonen er litt uklart for meg til tross for at jeg har jobba i feltet en god stund	Ikke har etablert så gode rutiner, eller strenge rutiner, at vi har funnet en felles slønn ting da, at vi bestemmer oss for noe. Slønn at vi jobber likt i størst mulig grad	Jeg synes egentlig det er en ganske god balanse på hva sykepleierne gjør, hva legene gjør og hva psykologene gjør. Jeg synes det er en fin fordeling	Det er jo bare det å få råd fra mer erfarne sykepleiere da, finne ut.. fordi ofte har vi jo ulik bakgrunnsfering. Så om det er et sår da, så finner du en som har peiling på det.	Med store ord så synes jeg samarbeidet er veldig bra, men så varierer det jo fra personegenskaper hvem man samarbeider godt med og ikke
Det er jo liksom mye miljøterapi.. i denne type behandling. Men det er liksom viktig å ha det somatiske blikket da tenker jeg.	Og hvis det er noen skader da, eller medisiner de trenger. Da er det jo å levere ut det da, eller behandle sår eller..	at det sykepleiere har en bred kompetanse, og at de fleste mennesker har en positiv fordom om at sykepleiere har den kompetansen de har og at de er en god yrkesgruppe.	Nei jeg tror at sykepleieren .. at.. at man har mer assosiasjoner til hva det er for noe. Jeg tenker mer at.. når jeg hører mer vernepleier så tenker jeg bare mer slønn... ADL	Og ha felles rammer. Men det kan du ikke om du ikke har folk i ryggen da. Om du ikke har et system i ryggen.	man er jo den som representerer miljøet i teamet. Så da har man jo å observere hvordan pasienten er i miljøet, og rapportere det til teamet	Ja, menne.. når det er på en måte somatiske ting da.. medisiner og slønn så konfererer du jo med andre sykepleiere.	Jeg tror bare de (legene) vet mer hva en sykepleier er. En vernepleier er litt mer.. det er jo et nyere yrke.

Figur 2: Viser kodegruppene basert på de foreløpige temaene fra trinn 1 satt opp i Excel, med eksempler på meningsbærende enheter for illustrasjon.

Sykepleieren i spennet mellom medisin og miljøterapi	Spesifikke oppgaver	Kompetanse, kunnskap og ferdigheter	Rolleklart	Behov for ledelse og faglig standard	Samarbeid med de andre yrkesgruppene	Samarbeid og erfaringsutveksling mellom sykepleierne imellom	"De medisinske" Samarbeidet mellom leger og sykepleiere
Men når man sitter i miljøet så kan man faktisk fange opp ting. At ikke ting er bare hyggelig å sitte der. At det er, ja, at du oppdager ting som kanskje er gjentakende,	Ja. Man har jo selvfølgelig medisinsansvar, men det er jo et generelt ansvar man har hvis man jobber her som sykepleier.	Jeg føler kanskje at de.. de har kanskje mer av den omsorgsbiten, litt mer slønn, å men jeg skal hjelpe deg. Jeg tror kanskje mange har jobba med eldre for eksempel.	Jeg har litt vanskelighet med å skille på hva vernepleieren gjør til forskjell fra sykepleieren. Så akkurat den arbeidsfunksjonen er litt uklart for meg til tross for at jeg har jobba i feltet en god stund	Ikke har etablert så gode rutiner, eller strenge rutiner, at vi har funnet en felles slønn ting da, at vi bestemmer oss for noe. Slønn at vi jobber likt i størst mulig grad	Jeg synes egentlig det er en ganske god balanse på hva sykepleierne gjør, hva legene gjør og hva psykologene gjør. Jeg synes det er en fin fordeling	Det er jo bare det å få råd fra mer erfarne sykepleiere da, finne ut.. fordi ofte har vi jo ulik bakgrunnsfering. Så om det er et sår da, så finner du en som har peiling på det.	Med store ord så synes jeg samarbeidet er veldig bra, men så varierer det jo fra personegenskaper hvem man samarbeider godt med og ikke
Det er jo liksom mye miljøterapi.. i denne type behandling. Men det er liksom viktig å ha det somatiske blikket da tenker jeg.	Og hvis det er noen skader da, eller medisiner de trenger. Da er det jo å levere ut det da, eller behandle sår eller..	at det sykepleiere har en bred kompetanse, og at de fleste mennesker har en positiv fordom om at sykepleiere har den kompetansen de har og at de er en god yrkesgruppe.	Nei jeg tror at sykepleieren .. at.. at man har mer assosiasjoner til hva det er for noe. Jeg tenker mer at.. når jeg hører mer vernepleier så tenker jeg bare mer slønn... ADL	Og ha felles rammer. Men det kan du ikke om du ikke har folk i ryggen da. Om du ikke har et system i ryggen.	man er jo den som representerer miljøet i teamet. Så da har man jo å observere hvordan pasienten er i miljøet, og rapportere det til teamet	Ja, menne.. når det er på en måte somatiske ting da.. medisiner og slønn så konfererer du jo med andre sykepleiere.	Jeg tror bare de (legene) vet mer hva en sykepleier er. En vernepleier er litt mer.. det er jo et nyere yrke.

Figur 3: Gruppen «Sykepleieren i spennet mellom medisin og miljøterapi blir fjernet i trinn 2

### 4.3.3 Trinn 3 Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

I det tredje trinnet legges den delen av materialet som ikke ble sortert i trinn 2 til side (Malterud, 2017). Mening hentes systematisk ut fra datamaterialet ved å kondensere innholdet i kodegruppene fra trinn 2 (Malterud, 2017). Fra trinn 2 var materialet delt inn i 7

kodegrupper. Malterud (2017) viser til at flere enn fem kodegrupper kan gjøre vanskelig å holde oversikten. Før videre arbeid med kondenseringen ble materialet derfor på nytt nøyaktig gjennomlest. I henhold til Malterud (2017) ble noen meningsbærende enheter slettet, fordi de ikke lenger ble oppfattet som meningsbærende enheter, og noen ble flyttet til andre kodegrupper hvor de passet bedre. Det ble også gjort endringer i inndelingen av kodegruppene. Visse kodegrupper ble slått sammen og dannet subgrupper. I de største kodegruppene ble det laget nye subgrupper (Figur 4 og 5). Etter denne prosessen regnes subgruppene som analyseenheter (Malterud, 2017). Ut fra de ulike subgruppene ble det laget kondensater, «kunstige sitater». Kondensatene bærer med seg det konkrete innholdet fra de meningsbærende enhetene. Dette trinnet er et spesielt metodisk grep i STC, og kan ikke utelates (Malterud, 2017). I arbeidet med kondenseringen tok jeg for meg en og en subgruppe, leste nøye gjennom innholdet, og skrev et kondensat for hver subgruppe. Til slutt ble det valgt ut «gullsitater» til hver subgruppe.

A	B	C	D	E	F	G
Spesifikke oppgaver	Kompetanse, kunnskap og ferdigheter	Rolleklart	Behov for ledelse og faglig standard	Samarbeid med de andre yrkesgruppene	Samarbeid og erfaringsutveksling mellom sykepleierne	"De medisinske" Samarbeidet mellom leger og sykepleiere
Somatikk/medisin, grunnleggende behov	Miljøterapi/tverrfaglig team	Somatikk/medisin, grunnleggende behov	Miljøterapi/tverrfaglig team	Jeg har litt vanskelighet med å skille på hva sykepleieren gjør til a sykepleieren. kurat den aksjonen er litt jeg til tross for obba i feltet en i stund	Ikke har etablert så gode rutiner, eller strenge rutiner, at vi har funnet en felles sånn ting da, at vi bestemmer oss for noe. Sånn at vi jobber likt i størst mulig grad	Jeg synes egentlig det er en ganske god balanse på hva sykepleierne gjør, hva legene gjør og hva psykologene gjør. Jeg synes det er en fin fordeling
Og hvis det er noen skader da, eller medisiner de trenger. Da er det jo å levere ut det da, eller behandle sår eller..	at det sykepleiere har en bred kompetanse, og at de fleste mennesker har en positiv fordom om at sykepleiere har den kompetansen de har og at de er en god yrkesgruppe.	Nei jeg tror at sykepleieren .. at.. at man har mer assosiasjoner til hva det er for noe. Jeg tenker mer at.. når jeg hører mer vernepleier så tenker jeg bare mer sånn... ADL	Og ha felles rammer. Men det kan du ikke om du ikke har folk i ryggen da. Om du ikke har et system i ryggen.	man er jo den som representerer miljøet i teamet. Så da har man jo å observere hvordan pasienten er i miljøet, og rapportere det til teamet	Det er jo bare det å få råd fra mer erfarne sykepleiere da, finne ut.. fordi ofte har vi jo ulik bakgrunns erfaring. Så om det er et sår da, så finner du en som har peiling på det.	Med store ord så synes jeg samarbeidet er veldig bra, men så varierer det jo fra personegenskaper hvem man samarbeider godt med og ikke
					Ja, menne.. når det er på en måte somatiske ting da.. medisiner og sånn så konfererer du jo med andre sykepleiere.	Jeg tror bare de (legene) vet mer hva en sykepleier er. En vernepleier er litt mer.. det er jo et nyere yrke.

Figur 4: Endringer i inndelingen av kodegruppene, visse kodergrupper har fått nye subgrupper og noen kodegrupper ble slått sammen og danner subgrupper.

Spesifikke oppgaver		Kompetanse, kunnskap og ferdigheter		Behov for ledelse og faglig standard		Samarbeid		
Somatikk/medisin, grunnleggende behov	Miljøterapi, tverrfaglig team	Somatikk/medisin, grunnleggende behov	Miljøterapi, tverrfaglig team	Rolleklarhet	Behov for faglig ledelse og standard	Samarbeid og erfaringsutveksling mellom sykepleierne	"De medisinske" Samarbeid mellom sykepleierne og legene	Samarbeid med de andre yrkesgruppene
Ja. Man har jo selvfølgelig medisinsansvar, men det er jo et generelt ansvar man har hvis man jobber her som sykepleier.	det er de som følger opp behandlingen som skjer i miljøet, og også er med i. teamavgjørelser.	Er det noe atrieflimmer eller er det noe annet vi bør passe på. Røyker personen veldig mye, er det noe som trenger oppfølging, eller vurdere å kutte ut på sikt eller..	Jeg føler kanskje at de.. de har kanskje mer av den omsorgsbiten, litt mer sånn, å men jeg skal hjelpe deg. Jeg tror kanskje mange har jobba med eldre for eksempel.	Jeg har litt vanskelighet med å skille på hva vernepleieren gjør til forskjell fra sykepleieren.	Ikke har etablert så gode rutiner, eller strenge rutiner, at vi har funnet en felles sånn ting da, at vi bestemmer oss for noe. Sånn at vi jobber likt i størst mulig grad	Det er jo bare det å få råd fra mer erfarne sykepleiere da, finne ut.. fordi ofte har vi jo ulik bakgrunns erfaring. Så om det er et sår da, så finner du en som har peiling på det.	Med store ord så synes jeg samarbeidet er veldig bra, men så varierer det jo fra personens egenskaper hvem man samarbeider godt med og ikke	Jeg synes egentlig det er en ganske god balanse på hva sykepleierne gjør, hva legene gjør og hva psykologene gjør. Jeg synes det er en fin fordeling
Og hvis det er noen skader da, eller medisiner de trenger. Da er det jo å levere ut det da, eller behandle sår eller..	Ja, ellers er det vel bare mye hverdagslig.. oppfølging av pasienter	Det er jo mye det somatiske tenker jeg.	at det sykepleiere har en bred kompetanse, og at de fleste mennesker har en positiv fordom om at sykepleiere har den kompetansen de har og at de er en god yrkesgruppe.	Nei jeg tror at sykepleieren .. at.. at man har mer assosiasjoner til hva det er for noe. Jeg tenker mer at.. når jeg hører mer vernepleier så tenker jeg bare mer sånn... ADL	Og ha felles rammer. Men det kan du ikke om du ikke har folk i ryggen da. Om du ikke har et system i ryggen.	Ja, menne.. når det er på en måte somatiske ting da.. medisiner og sånn så konfererer du jo med andre sykepleiere.	Jeg tror bare de (legene) vet mer hva en sykepleier er. En vernepleier er litt mer.. det er jo et nyere yrke.	man er jo den som representerer miljøet i teamet. Så da har man jo å observere hvordan pasienten er i miljøet, og rapportere det til teamet

Figur 5: Kodegruppene med subgruppene slik de ser ut etter endringene i trinn 3.

#### 4.3.4 Trinn 4 Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I siste og fjerde analysetrinn skal forskeren ved hjelp av fortolkete syntese sammenfatte det som er funnet og danne grunnlag for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre (Malterud, 2017). I dette arbeidet skal forskeren skape en analytisk distanse ved å skrive en analytisk tekst for hver kode- og subgruppe (Malterud, 2017). Kondensatene fra trinn 3 ble nøye gjennomlest. Underveis i lesingen kom de tydelig frem at de to største gruppene, «Spesifikke oppgaver» og «Kompetanse, kunnskap og ferdigheter» i stor grad omhandlet det samme. Disse ble slått sammen til en ny kodegruppe. I trinn 2 ble gruppen «Sykepleieren i spennet mellom medisin og miljøterapi» fjernet. Ved gjennomlesning av kondensatene fra trinn 3, ble det tydelig at denne kodegruppen fremdeles var svært aktuell. Den ble derfor inkludert i syntesen som en subgruppe til den nye sammenslåtte kodegruppen (Figur 6). Etter gjennomlesningen ble det skrevet syntese, analytiske tekster, for hver subgruppe. Syntesen skrives i tredjeperson og uttrykk fra de meningsbærende enhetene skal ivaretas (Malterud, 2017). I henhold til Malterud (2017) ble den analytiske teksten illustrert av eksempler og sitater. Deretter fikk hver av syntesene en treffende overskrift, som sammenfatter hva den handler om (Figur 6), i henhold til Malterud (2017).



<b>SYNTESE:</b>
<b><u>Spesifikke oppgaver, kompetanse kunnskap og ferdigheter</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleierens rolle som sykepleier; medisin, somatikk, grunnleggende behov</li> <li>- Sykepleierens rolle som miljøterapeut; miljøterapi og psykiatri</li> <li>- Miljøterapi og somatikk - forenelige områder?</li> </ul>
<b><u>Struktur, ledelse og faglig standard</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tydelig rolle, men behov for struktur, tydelig ledelse og standard</li> <li>- Rollene som sykepleier/vernepleier</li> </ul>
<b><u>Sykepleierens rolle som bidragsyter til de andre yrkesgruppene</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sykepleieren som pasientens nærmeste, og rollen som bidragsyter til de andre yrkesgruppene</li> <li>- Sykepleierne og legene</li> <li>- Erfaringsutveksling mellom sykepleierne</li> </ul>

Figur 6: Oversikt over innhold i syntese fra trinn 4

Analysearbeidet kan ikke sees på som en lineær prosess, men at man som forsker beveger seg frem og tilbake i det empiriske materialet (Malterud, 2017). Dette har jeg i analysearbeidet erfart tydelig. Det har stadig kommet opp nye nyanser og vinklinger. Hovedfunnene jeg presenterer i artikkelen ble synlig i syntesen i analysens fjerde trinn. Etter å ha beskrevet og drøftet hovedfunnene i artikkelen, kom det tydeligere frem hva som var viktig å se nærmere på i kappen. Hele analysearbeidet kan altså sees på som en prosess som har strukket seg ut over hele analyse- og skrivefasen.

## 4.4 Metodediskusjon

### 4.4.1 Validitet og overførbarhet

Å validere er å stille spørsmål ved kunnskapens gyldighet og hva gyldigheten knytter seg til (Malterud 2017). Det er delte meninger om begrepet validitet er et egnet mål innenfor kvalitativ forskning (Polit og Beck, 2017). Det er lett å forstå at det stilles spørsmålstegn til dette, da man i kvalitative studier tar utgangspunkt i at det eksisterer flere versjoner av den samme sannheten (Lock og Strong, 2010 i Malterud, 2017). Målet er ikke å bevise sannheten.

Metoden man som forsker bruker og tolkningene man gjør har betydning for hvilke mulige versjoner som er tilgjengelig. Validering skal derfor avklare muligheter begrensninger, konsistens og relevans for den versjonen av sannhet vi samler oss om (Malterud, 2017).

Allerede under datainnsamlingen kan man som forsker påvirke meningen i innholdet (Malterud, 2017). Det ble under intervjuene benyttet det Malterud (2017) kaller «dialogisk validering», å stille oppfølgingsspørsmål for å sikre at informasjon blir oppfattet riktig. Når tale oversettes til tekst med transkribering er det risiko for at meningsinnhold kan endres eller gå tapt (Malterud, 2017). For å minimere denne risikoen ble transkriberingen gjort umiddelbart etter intervjuene. Det er allikevel ingen garanti for at alle nyanser ble oppfattet riktig. Intersubjektivitet beskrives som når to eller flere personer er enige om den samme tingen (Kvalte og Brinkman, 2015). Arbeidet med oppgaven har jevnlig blitt drøftet med veileder, samt medstudenter og andre veiledere i mastersamlinger. At flere personer sammenlikner oppfattelse betyr ikke at det blir mer sant (Malterud, 2017). Jeg opplevde likevel at dette styrket validiteten, da jeg i denne prosessen fikk innspill og tolkninger jeg selv ikke hadde lagt merke til.

Som forsker skal man gi leseren nok informasjon til å vite hvilke betingelser kunnskapen er utviklet under (Malterud, 2017). Leserbasert generalisering gjør at leseren selv kan bestemme generaliserbarheten til funnene ut ifra den informasjonen som kommer frem (Kvale og Brinkman, 2015). I denne studien er en anerkjent analysemetode benyttet, og gjennomføring av metode og analyse nøyaktig beskrevet. Malterud (2017) hevder at begrepet overførbarhet i større grad enn generaliserbarhet viser til om studien kan gi nytte i andre sammenhenger enn der studien er gjennomført. Utvalget i denne studien er lite, og kan sånn sett sees på som lite generaliserbart, men funnene kan muligens ha relevans for liknende arbeidsplasser. Alle informantene er tilknyttet samme arbeidsplass, og man kan tenke seg at dette har betydning for funnene da deres erfaring stammer fra samme kontekst.

#### **4.4.2 Ethiske overveielser**

Undersøkelsen ble godkjent av NSD i november 2018. Prosjektet er ikke meldepliktig til REK. Samtykkeerklæring ble signert av alle informantene etter muntlig og skriftlig informasjon om studien. Lydopptakene ble slettet etter transkripsjon. Transkriberingene ble anonymisert, oppbevart på kryptert minnebrikke og destrueres i henhold til samtykkeerklæringen.



Studien er gjennomført på egen arbeidsplass, og har tvunget meg til å tenke ekstra nøye gjennom hvordan prosjektet skulle gjennomføres. Det var viktig for meg at informantene ivaretas og at funnene i minst mulig grad skulle påvirkes. Rekruttering er gjort gjennom en tredjeperson, for at kolleger ikke skulle føle seg presset til å stille opp dersom de ble spurt av meg personlig. Analyse- og skrivearbeid ble gjort i en periode hvor jeg ikke var tilstede på arbeidsplassen og minsket derfor risikoen for videre påvirkning av mine kolleger i analyse- og skriveprosessen. Jeg tenkte nøye gjennom min tilnærming under intervjuene. Det ble i størst mulig grad lagt til rette for at informantene skulle oppleve genuin interesse for deres tanker og refleksjoner. Aktiv lytting, oppfølgingsspørsmål og et positivt kroppsspråk som nikk og smil ble brukt som virkemidler av intervjuer underveis. Informanten skal føle seg trygg og ivaretatt, og en forutsetning for å etablere relevante empiriske data er at informantene ikke opplever at intervjueren sitter med alle svarene (Malterud, 2017). Min opplevelse var at informantene satte pris på å få snakke åpent og ærlig om et tema som tilsynelatende engasjerte flere av dem. Informantene ble under intervjuet på nytt minnet om ivaretakelse av anonymitet. Informanter gir ofte nyanserte og rike beskrivelser, noe som kan øke sjansen for å bli gjenkjent sammenliknet med for eksempel i standardiserte spørreundersøkelser (Øye, Bjelland et al., 2007 i Malterud, 2017). For å unngå gjenkjennelse ble informantene i denne oppgaven presentert som deltaker fra gruppen med sykepleiere, eller de andre yrkesgruppene. Sitatene som er brukt i artikkelen skal godkjennes av den enkelte informant før innsending til tidsskrift.

#### **4.4.3 Forforståelse**

Forforståelse beskrives av Heidegger som menneskets omgående, og ikke-reflekterende forståelse av verden. Forståelsen er situasjonsbestemt og umiddelbar, ikke nøytral og distansert, men engasjert og holdningsmettet (Nortvedt og Grimen, 2004). Malterud (2017) beskriver at det egentlig ikke spørsmål *om* jeg som forsker påvirker resultatene, men *hvordan*. Det behøver ikke være et problem dersom man er bevisst hvordan forforståelsen kan skape skjevheter i funnene (Malterud, 2017). Det at jeg selv er sykepleier og jobber på arbeidsplassen datainnsamlingen fant sted, (dog ikke i rollen som ble undersøkt), kan ha påvirket resultatene positivt fordi jeg er godt kjent med fenomenet jeg har studert. Grunnet erfaring fra feltet har jeg også med meg en forforståelse. Johannessen et al. (2016) påpeker at det er det lett å tenke at man *vet* når det egentlig er noe man tror. Inspirert av Malterud (2017) skrev jeg ned mine antakelser før jeg begynte datainnsamlingen og la det til side, slik at jeg i

ettertid på om det jeg hadde tenkt i utgangspunktet lå nært opptil funnene mine. Da jeg gjennomgikk beskrivelsen på nytt fant jeg at min forforståelse på mange områder ikke lå nært opptil det jeg faktisk fant. Dermed var det heller ikke nødvendig å gjøre analysen på nytt.

## 5 Diskusjon av resultater

I dette kapittelet drøftes det sykepleiefaglige bidraget i TSB. Spesielt trekkes begrepene omsorg, grunnleggende behov, og sykepleierens kunnskapsgrunnlag frem. Disse temaene dekkes i mindre grad i artikkelen. Funnene fra denne studien diskuteres sammen med det teoretiske perspektivet som er beskrevet i begynnelsen av denne oppgaven.

### 5.1 Sykepleieren i det tverrfaglige teamet

Informantene i studien representerer alle faggruppene i TSB: sykepleie, vernepleie, sosionom, psykolog og lege. Til tross for ulike profesjoner er det et stort samsvar i hvordan informantene i min studie beskriver sykepleiernes oppgaver og kunnskap. Dette er et positivt funn i forhold til det Grimen (2008c, i Hagland og Solvang, 2017) beskriver om kjennskap til hverandres aktiviteter og kunnskap bidrar til tillitt, og er et viktig grunnlag for samhandling i tverrprofesjonell praksis. Å samarbeide på tvers av profesjoner er spesielt viktig i arbeid med pasienter med langvarige og/eller sammensatte utfordringer (Hagland og Solvang, 2017), noe som samsvarer godt med behandlingen i TSB.

Flere informanter understreker at de er avhengige av sykepleierne for å få gjort jobben sin. Formidling av beskjeder, pasientsamtaler, observasjoner, vurderinger og gjennomføring av oppgaver er noe av det som trekkes frem av informantene. Sykepleierne i studien min uttrykker også at de opplever anerkjennelse for den jobben de gjør. Det står i motsetning til andre studier som viser at sykepleierne opplever at deres bidrag i det tverrfaglige samarbeidet ikke anerkjennes av deres kolleger (Melby et al., 2017). Man kan undre seg over om anerkjennelsen likevel er tilstede, men ikke kommer eksplisitt til uttrykk.

I TSB stilles det krav til tverrfaglighet som inkluderer det medisinskfaglige, det psykologfaglige og det sosialfaglige (Helsedirektoratet, 2016). Samtidig som mange sykepleiere har tverrfaglige videreutdanninger og mastergrader, kan man tenke seg at det kan oppleves uklart hva som er det sykepleiefaglige bidraget i denne tverrfagligheten. Dette samsvarer godt med at mange sykepleierne i TSB og psykisk helsevern strever med å tydeliggjøre sitt fagspesifikke bidrag i det tverrfaglige samarbeidet (Karlsen, 2009; Karlsson og Kim, 2015; Melby et al., 2017). I min studie blir det trukket frem mange områder hvor det fagspesifikke for sykepleierne fremstår som tydelig. Dette underbygges i en av informantenes utsagn: «*Det er jo mye grunnleggende sykepleie i den jobben vi gjør her som er veldig viktig*». Mye av det som i litteraturen trekkes frem som kjernen i sykepleie blir beskrevet av de fleste

informantene i min studie: å ivareta grunnleggende behov, fremme psykisk og fysisk helse, omsorg og relasjoner (Hummelvoll, 2012; Kirkevold, 1998; Martinsen, 2005; Norsk Sykepleierforbund, 2008).

## 5.2 Grunnleggende behov

Informantene i denne studien understreker at mange av pasientene de møter er i behandling nettopp fordi de ikke klarer å ivareta seg selv. Å jobbe med grunnleggende behov trekkes av informantene frem som en viktig del av blant annet miljøterapien. Personlig hygiene, søvn, ernæring, kosthold, aktivitet, døgnrytme og struktur er noen av de grunnleggende behovene informantene trekker frem om hva sykepleierne i TSB bidrar til å hjelpe pasientene med. I likhet med sykepleierne i Karlsen (2009) sin studie, understrekes det at sykepleierens kunnskap om grunnleggende fysiske behov er en viktig kompetanse sykepleierne har med seg i det tverrfaglige samarbeidet. Dette blir eksemplifisert av en av informantene i min studie (sykepleier): *«bare det at du skal vite at du kanskje ikke bør spise deg for mett før du legger deg, at du må drikke nok vann for å ikke få vondt i hodet.. mange sånne primære ting da som de kanskje ikke alltid har lært seg..»*. Virginia Henderson beskriver grunnleggende behov ikke bare som de fysiske behovene, men også som psykiske, sosiale og eksistensielle behov (Kirkevold, 1998). Flere informanter trekker frem at det å kunne veilede i hverdagslige situasjoner er en viktig del av miljøterapien, spesielt i sosialt samvær og under aktiviteter. Funnet samsvarer med Fredheim (2009) som understreker at miljøterapien skal ha en terapeutisk effekt på pasientene og deres problemer, og at man utnytter mulighetene i daglig samvær, rutiner og aktiviteter. Å kartlegge pasientenes behov understrekes også av Barker (1997 i Hummelvoll, 2012). Han beskriver at sykepleie handler om å identifisere de behovene en pasient har. I motsetning til det å lete etter tegn til psykiatriske diagnoser skal sykepleierne være oppmerksomme på de utfordringene som oppstår når en pasient gjennomlever en diagnose (Barker 1997 i Hummelvoll 2014, s 26). I min studie trekkes imidlertid kartlegging av atferd og psykiatriske symptomer frem som en viktig del av miljøterapien, og det tverrfaglige samarbeidet for sykepleierne. Mange av pasientene i TSB har andre utfordringer i tillegg til en avhengighetslidelse (Kraft, 2016; Evjen et al., 2012). De nasjonale retningslinjene legger vekt på at pasientenes individuelle behov alltid skal legges til grunn (Helsedirektoratet, 2016). Sykepleierne i min studie trekker frem at det er utfordrende å prioritere når pasientene har mange og sammensatte behov. Samtidig påpeker informantene at

sykepleierne ofte ser ut til å ha et ønske om å ivareta alle pasientenes behov, noe som ikke nødvendigvis er til fordel for pasienten. I denne sammenhengen kan man tenke seg at det er ekstra viktig med tydelige, men individuelle behandlingsmål knyttet til den enkelte pasientens utfordringer, slik som Helsedirektoratet (2016) understreker. Dette henger i stor grad sammen med målet om å restituere pasienten tilbake til selvstendighet, som er essensielt i Hendersons teori (Kirkevold, 1998).

### **5.3 Omsorg**

Begrepet omsorg blir nevnt av de fleste informantene i min studie i beskrivelsen av sykepleierens funksjon. Hummelvoll (2012) skriver at sykepleierne har omsorgen som et av sine kjennetegn. Han skriver om omsorg i sammenheng med det å møte håp, erfare at noen bryr seg og har et genuint ønske om bedring hos pasienten. En innlevende forståelse er en viktig forutsetning for omsorgen. Det Hummelvoll (2012) skriver samsvarer i stor grad med hvordan informantene i min studie trekker frem den omsorgen sykepleierne gir til pasientene. Et ønske om å gjøre noe bra for og ivareta pasientene, en genuin interesse og å vise at man bryr seg. I arbeidet som miljøterapeut tar man utgangspunkt i pasientens ståsted og ressurser og benytter samspillet mellom pasienten og seg selv i tillegg til omgivelsene (Helsedirektoratet, 2016). Å møte pasientene med genuin interesse, forståelse og innlevelse kan man tenke seg at har stor betydning for hvordan pasientene opplever behandlingen. Flere av informantene i min studie trekker frem viktigheten av å bli sett og hørt som pasient, og understreker at dette er noe mange pasienter mangler ellers i livet. Det er også et overordnet mål i miljøterapien å ivareta pasientens egenomsorg og selvtillit og derved troen på å kunne mestre sin livssituasjon (Lillevik og Øien, 2015). Kari Martinsen (2005) beskriver en bestemt type omsorg, nemlig vekstomsorg. Formålet med vekstomsorgen er at omsorgsforholdet skal opphøre slik at pasientene kan gjenoppta sin egenomsorg og bli i stand til å yte i samfunnet (Martinsen, 2005). Henderson viser også til målet om å restituere pasienten tilbake til selvstendighet (Kirkevold, 1998). Noen av sykepleierne i min studie nevner også dette med egenomsorg, og viktigheten av at pasienten skal klare seg selv. Dette mener jeg er et viktig aspekt i sykepleien til denne pasientgruppen, hvor hensikten med behandlingen blant annet defineres som at pasientene skal kunne ivaretas på et lavere omsorgsnivå etter endt behandling (Helsedirektoratet, 2016). I miljøterapien, som ligger til grunn for den daglige oppfølgingen av pasientene står egenomsorg også sentralt. Miljøterapien skal bidra til vekst,

styrke selvstendighet, autonomi og evne til egenomsorg (Lillevik og Øiern, 2015). Variasjon mellom beskyttelse og utfordring kan være med på å støtte pasientens egenomsorg (Hummelvoll, 2012). En av informantene i min studie understreker at de gjerne minner pasientene på avtaler, men at målet er at pasienten etter hvert skal kunne ta ansvar for dette selv. Det stilles imidlertid i noen studier spørsmålsteget ved om omsorg kan kalles et fagspesifikt kjennetegn på sykepleierne, i mangel på en klar definisjon på hva omsorg er (Karlsen, 2009). Flere av informantene i studien min ramser opp omsorg som en viktig del av sykepleien, uten å definere tydelig hva de mener med det. Hellesø, Larsen, Obstfelder og Olsvold (2016) understreker at det kommer mye godt ut av omsorgsteoriene, men at det alene ikke egner seg til å forstå sykepleiernes arbeid. I min studie er det tydelig at omsorg er et begrep som er sterkt forbundet med sykepleien. Med dette mener jeg at det informantene trekker frem som omsorgen sykepleierne viser til TSB: genuin interesse overfor pasientene, at man har tid og fokus på egenomsorg og bruker dette i det miljøterapeutiske arbeidet viser at omsorg i tråd med hvordan det defineres av Hummelvoll (2012) og i stor grad Kari Martinsen omsorgsfilosofi, kan sees på som en viktig del av den jobben sykepleierne gjør i TSB.

#### **5.4 Kunnskapsgrunnet i sykepleie/kunnskapsbasert praksis – veien mot en felles grunnmur**

Alvsvåg et al. (2013) sier at profesjonalitet skal hvile på ulike kunnskapssøylar. De presenterer kunnskapssøylene i sykepleie som: erfaringsbasert kunnskap, teoretisert-/profesjonell praksis og vitenskapelig kunnskap. Samtidig trekkes blant annet skjønnet frem som noe som kan benyttes for å skape sammenheng mellom søylene. Norsk Sykepleierforbund (2011) skriver i sine yrkesetiske retningslinjer at: «*sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap*». Dette samsvarer med kunnskapsbasert praksis, som innebærer at yrkesutøvere bruker forskningsbasert kunnskap, erfaringen fra praksis og pasientens kunnskap og behov i sitt arbeid for å bedre kvaliteten på tjenestene (Polit og Beck, 2017). Dette er relevant i min studie hvor flere informanter etterlyser at sykepleierne som gruppe bør arbeide mer likt, og at arbeidet i mindre grad bør fremstå som personavhengig. Samtidig etterlyser også flere informanter at sykepleierne jobber mer kunnskapsbasert. Dette etterlyses også av informantene i studien til Melby et al. (2017). Funnene kan forstås som at sykepleiere i TSB og psykisk helsevern i for liten grad arbeider kunnskapsbasert. Man kan undre seg over om noe av bakgrunnen for at sykepleierne ifølge informantene i min studie jobber så ulikt. Arbeidsplassen er en viktig arena for videre

utvikling, utdanning og profesjonskvalifisering etter endt studietid, noe som strekker seg over hele karrieren (Mausethagen og Smeby, 2017). Flere informanter i min studie uttrykker at arbeidsplassen legger til rette for faglig utvikling. Mange av sykepleierne trekker imidlertid frem praktisk kunnskap som viktige kilder for kunnskapsutviklingen: interne kurs, faglunsj, erfaringsutveksling med kolleger og egen erfaring. I studien kommer det frem at det er et bredt spekter av erfaring blant sykepleierne. Personlig erfaring, erfaring fra ulike felt og ulike videreutdanninger. Selv om erfaring er en vanlig måte å skaffe seg kunnskap på er det ikke alene godt nok som vurderingsgrunnlag for sykepleieren. Som sykepleier vil man, basert på erfaringer, oppleve den samme situasjonen ulikt (Polit og Beck, 2017), og derfor også sannsynligvis handle ulik, slik det beskrives i min studie at sykepleierne gjør. Det dermed et viktig poeng å ha retningslinjer, prosedyrer, beste praksis og anbefalinger som inkluderer forskning lett tilgjengelig for personalet, slik Sandvik et al. (2011) påpeker, for at de ansatte skal kunne ta velbegrunnede valg i arbeidshverdagen. En av informantene understreker imidlertid at det er mye refleksjon og etiske vurderinger man som sykepleier må ta, som det ikke finnes noe rett svar på. I tillegg styres sykepleierne i stor grad av pasientenes uttrykte behov. Som Austgard (2010) påpeker, innebærer det usikkerhet å utøve arbeidet sitt på bakgrunn av faglig skjønn, men at man må ha mot til å stole på sine vurderinger og valg. Sånn sett er skjønnet med på å skape en sammenheng mellom de ulike kunnskapssøylene, slik Alvsvåg et al. (2013) beskriver det. Å integrere kunnskapsbasert praksis i klinisk behandling er viktig for å forbedre kvaliteten på pasientbehandling og utfall (Saunders og Vehviläinen-Julkunen, 2016). Det kommer i liten grad frem av datamaterialet om sykepleierne tilegner seg teoretisk kunnskap fra internett, lærebøker eller tidsskrifter. Av andre studier som er gjort vises det til at dette er de kildene som rangeres lavest på sykepleiernes valg når de tilegner seg kunnskap (Bjørk og Solhaug, 2008). Manglende tid og kompetanse er barrierer mot det å anvende forskning i praksis (Saunders et al., 2016). Siden sykepleiere i studien min etterlyser kunnskapsbasert arbeid, kan man tenke seg at det gjelder også på arbeidsplassen hvor min studie er utført. Som Johannessen et al., (2016) påpeker har vi mennesker lett for å oppfatte våre erfaringer som noe vi *vet*, når det egentlig er noe vi tror. Dette mener jeg understreker viktigheten av å validere erfaringer med forskning. Å i større grad jobbe kunnskapsbasert, men samtidig legge vekt på faglig skjønn kan man tenke seg at sykepleierne i større grad hadde opplevd at de hadde en felles grunnmur og jobbet mer likt. Dette krever naturligvis også tydelig ledelse og faglig standard.

## 6 Konklusjon

Målet med denne studien var å øke forståelsen av sykepleierens funksjon i et tverrfaglig team i TSB, sett fra et tverrfaglig perspektiv. Ut fra denne studien kan man forstå sykepleiernes funksjon i et tverrfaglig team som tydeliggjort med en kombinasjon av medisinsk kompetanse, miljøterapi og sammenhengen mellom disse. Sykepleierne spiller også en viktig rolle som bidragsyter til de andre yrkesgruppene i TSB, og ofte videreformidler beskjeder og informasjon mellom pasienter og andre ansatte. Det viser seg at sykepleierne har med seg mye av det særegne sykepleierfaglige inn sitt arbeid i TSB. Kjernebegreper i sykepleie som omsorg og grunnleggende behov blir trukket frem av de fleste informantene i min studie, noe sykepleierne ser ut til å ha mye fokus på i sitt arbeid. Sykepleierne har mange oppgaver, og deres prioriteringer og vurderinger er ofte personavhengige. Det ser ut til at sykepleierne baserer mye av sin kunnskap på egne og kollegers erfaringer. Dette er ikke i tråd med at det sykepleierfaglige skal hvile på kunnskapssøylene erfaringsbasert kunnskap, teoretisert/profesjonell praksis og vitenskapelig kunnskap. Veien videre kan være at sykepleierne i større grad bør jobbe kunnskapsbasert med fokus på god faglig standard. En trygg fagidentitet som hviler på alle de tre kunnskapssøylene kan danne grunnlag for at sykepleien styrkes sammen med kvaliteten i tjenestene som tilbys i TSB.



## 7 Kilder

- Alvsvåg, H., Bergland, Å., Førland, O., & Martinsen, K. (2013). *Nødvendige omveier : en vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Andreassen, T. A. (2017). Profesjonsutøvelse i en organisatorisk kontekst. I Mausethagen, S og Smeby J-C, *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* In (s. 140-152). Oslo: Universitetsforl., cop. 2017.
- Austgard, K. (2010). Profesjonalitet og faglig skjønn. *Sykepleien Forskning*(1), 65-67.
- Bjørk, I. T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Caspersen, J. (2007). *Kvalifisering av nyutdannede sykepleiere : en undersøkelse av læringsstrategier og opplæring i arbeidslivet*. Oslo: Høyskolen i Oslo, senter for profesjonsstudier.
- Evjen, R., Øiern, T., & Kielland, K. B. (2012). *Dobbelt opp : om psykiske lidelser og rusmisbruk* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fredheim, K. N. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(2), 161-167.
- Gunderson, J. G. (1978). *Defining the therapeutic processes in psychiatric milieus*. *Psychiatry*, (41), 327-335.
- Haga, W. (2011). Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. I Lossius, K. (Red.), *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (s. 47-54). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hagland, H., & Solvang, P. K. (2017). Kvalifisering til tverrprofesjonell praksis. I Mausethagen, S og Smeby J-C, *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse* ( s. 83-94). Oslo: Universitetsforl., cop. 2017.
- Hellesø, R., Larsen, L. S., Obstfelder, A., & Olsvold, N. (2016). Hva er sykepleie? *Tidsskriftet sykepleien*(8), 64-66.
- Helsedirektoratet. (2018). *Rusbehandling (TSB) pakkeforløp*. Hentet 30.04.19 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rusbehandling-tsb-pakkeforlop>.
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Hentet 30.04.19 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>.

- Helsedirektoratet. (2005). Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene.
- House, S., & Havens, D. (2017). Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration: A Systematic Review. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 47(3), 165-171. doi:10.1097/NNA.0000000000000460
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg. ed.). Oslo: Abstrakt.
- Karlsen, R. (2009). Profesjonell kompetanse. *Sykepleien Forskning*, 4(3), 198-204. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0099
- Karlsson, B., & Kim, S. H. (2015). Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid : en studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. In.
- Kirkevold, M. (2013). Er det på tide å bygge bro over kunnskapskløften i sykepleiefaget? I H. Alvsvåg, Å. Bergland & O. Førland, (Red.), *Nødvendige omveier : en vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. (s. 265-275). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier : analyse og evaluering* (2. utg. ed.). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kleiveland, K. (2014). Sykepleierens ansvar og rolle i akuttmottak. I: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Kraft, P. (2016). *Rusmiddelavhengighet : et psykologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforl.
- Kunnskapsdepartementet (2004) Rammeplan for sykepleierutdanning. Hentet 30.04.19 fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215887-rammeplan\\_sykepleierpl\\_23.juni\\_04\\_ny..pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215887-rammeplan_sykepleierpl_23.juni_04_ny..pdf)
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lossius, K. (2011). Om å ruse seg. I Lossius, K. (Red.), *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. (s. 21-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lillevik, O. G., & Øien, L. (2015). Hva er miljøterapi? *Sykepleien*(5), 60-62. doi:10.4220/Sykepleiens.2015.54066
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.

- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays*. Oslo: TANO.
- Mausehagen, S., & Smeby, J.-C. (2017). *Kvalifisering til profesjonell yrkesutøvelse*. Oslo: Universitetsforl.
- Melby, L., Ådnanes, M., & Kasteng, F. (2017). Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. In.
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforl.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 22(2), 133-147. doi:10.1080/13561820701795069.
- Saunders, H., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 128-140. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018
- Sandvik, G. K., Stokke, K., & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbaser praksis i sykehus? In (pp. 158-165).
- Sykepleierforbund, N. (2008). Sykepleie - selvstendig og allsidig fag. I: Norsk sykepleierforbund.
- Sælør, K.T & Bjerkenes, S.O. (2012). Helsepersonell i tverrfaglig spesielisert rusbehandling – ansvar, roller og funksjoner. I Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. (s. 332-349) Oslo: Akribe.

## **Artikkel**

Artikkelen er en kvalitativ forskningsartikkel, skrevet etter retningslinjer for tidsskriftet «Sykepleien Forskning».

# **Sykepleierens funksjon i Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling**

**Forfatter:** Anne Line Granamo, spesialsykepleier, Oslo Universitetssykehus

### **Kontaktperson:**

Anne Line Granamo, spesialsykepleier ved Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Seksjon Voksen, Oslo Universitetssykehus.

Postadresse: Sætreveien 8b, 1415 Oppegård

[anneline@granamo.com](mailto:anneline@granamo.com)

Tlf: 41547833

**Sammendrag:** Ord: 195 Tegn: 1409

**Artikkel:** Ord: 2990 Tegn:19829

Tabeller og figurer: 0

# Sykepleierens funksjon i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Mange sykepleiere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern beskriver sin rolle som uklar, med vanskeligheter for å definere sykepleierens særegne kompetanse i den tverrfaglige tilnærmingen som kreves i TSB.

**Hensikt:** Å utforske sykepleierens funksjon i TSB ut i fra et tverrfaglig perspektiv.

**Metode og analyse:** Studien har et kvalitativt design med semistrukturerte individuelle intervjuer med 5 sykepleiere og 6 informanter fra de andre yrkesgruppene i TSB.

Datamaterialet er analysert i henhold til Systematisk tekstkondensering (STC), jamfør Malterud (2017).

**Resultater:** Studien viser til et stort samsvar i informantenes beskrivelse av sykepleiernes funksjon i TSB. Sykepleiernes kompetanse på somatikk og miljøterapi verdsettes, og deres bidrag i det tverrfaglige samarbeidet anerkjennes. Det blir tydeliggjort at sykepleierne som gruppe jobber ulikt, og det etterlyses at de jobber mer likt.

**Konklusjon:** Ut i fra denne studien kan man forstå sykepleiernes funksjon i et tverrfaglig team som tydeliggjort med kunnskap om somatikk, miljøterapi og sammenhengen mellom disse. Det er naturlig å se til sykepleierne som viktige aktører i en stadig mer somatisk tilnærming til pasientene i TSB. Studien synliggjør at tydelig ledelse, struktur og faglig standard kan sikre kvalitet i tjenesten.

**Nøkkelord:** Sykepleie, Kvalitativmetode, Tverrfaglig samarbeid, TSB

## **Introduksjon**

### **Sykepleieren i TSB og psykisk helsevern**

Mange sykepleiere i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og psykisk helsevern beskriver sin rolle som uklar, med vanskeligheter for å definere sykepleierens særegne kompetanse (1-3). Nasjonale retningslinjer stiller krav til en tverrfaglig tilnærming som inkluderer det medisinskfaglige, det sosialfaglige og det psykologfaglige (4). Det kan være utfordrende å definere klart hva sykepleie er, og sykepleierne kan lett bli fanget i spennet mellom disse fagene. Rammeplan for sykepleierutdanningen krever et bredt spekter av kompetanse hos den nyutdannede sykepleieren (5). Tradisjonelt blir sykepleie definert gjennom ulike sykepleieteorier, for eksempel omsorgsteoriene til Kari Martinsen og gjennom mer praktiskorienterte teorier som hos Orem og Henderson, eller kompleksiteten i møtet mellom disse (6). Norsk Sykepleierforbund påpeker at profesjonsnøytral lovgivning og tverrfaglige videre- og masterutdanninger i psykisk helsearbeid kan svekke sykepleiernes fagspesifikke kompetanse i rus og psykisk helsevern (7). Et tverrfaglig samarbeid krever gjensidig respekt og anerkjennelse i tillegg til fagkunnskap og trygg fagidentitet. Samtidig er det viktig at man tydeliggjør de ulike yrkesgruppens fagspesifikke kompetanse (8). At man stoler på og respekterer sin egen kompetanse bidrar til respekt fra kolleger. En felles forståelse for hverandres roller i pasientarbeidet leder til respekt for andre yrkesgrupper (9). Sykepleiere og andre yrkesgrupper kan ha ulike oppfatninger og forventninger til et samarbeid mellom to yrkesgrupper. Eksempelvis kan en sykepleier ha andre krav til hva som definerer et godt samarbeid enn for eksempel en lege (10).

### **Hensikt med studien**

Hensikten med denne studien er å utforske forventninger og erfaringer til sykepleierens funksjon i det tverrfaglige samarbeidet i TSB og å tydeliggjøre den funksjonen sykepleierne har i TSB sett fra et tverrfaglig perspektiv. De fleste studier om det samme tema har hovedsakelig fokusert på sykepleiernes egne erfaringer og i mindre grad deres samarbeidspartners. Derfor vil jeg i denne studien øke forståelsen gjennom å intervjuer også sykepleiernes kolleger i TSB for å se på den felles forståelsen, oppfatningene og forventningene de ulike yrkesgruppene sitter med.

### **Forskningsspørsmål:**

Hvilke erfaringer og forventninger har sykepleierne selv og de andre yrkesgruppene i TSB til sykepleiernes funksjon i TSB?

### **Metode**

Studien har et kvalitativt design. Datainnsamlingen er basert på semistrukturerte individuelle intervjuer med 5 sykepleiere og 6 deltakere fra de andre yrkesgruppene i TSB.

### **Populasjon og utvelgelse**

To enheter innenfor langtids døgnbehandling i TSB ble forespurt om deltakelse. Kun en svarte i tide til datainnsamlingens oppstart. Informantene ble rekruttert gjennom epostforespørsel fra leder i to runder, samt et informasjonsmøte. Utvalget var strategisk med tanke på å belyse problemstillingen fra et tverrfaglig perspektiv med inklusjonskriteriet at informantene jobbet i en av disse yrkesgruppene: sosionomer, vernepleiere, lege, psykologer og sykepleiere. I alt 14 takket ja til å delta. For å oppnå jevn fordeling mellom yrkesgruppene ble det trukket i de gruppene flere hadde meldt seg. Informantene hadde en yrkeserfaring på mellom 1 og 15 år i TSB.

### **Intervjuer**

Datainnsamlingen ble gjort med semistrukturerte individuelle intervjuer i perioden november 2018 – januar 2019 på informantenes arbeidsplass. Intervjuguiden bestod av 7 åpne spørsmål med hovedtema innenfor erfaringer og forventninger til sykepleierens funksjon, kunnskap og oppgaver i TSB. Spørsmålene ble laget med inspirasjon fra liknende studier gjort på sykepleiere (2, 12). Intervjuene hadde en lengde på mellom 16 og 65 minutter. Det ble gjort lydopptak.

### **Analyse av data**

Intervjuene ble transkribert og data ble analysert i henhold til systematisk tekstkondensering som beskrevet i Malterud (11), etter de følgende trinnene: 1. Helhetsinntrykk, 2. Meningsbærende enheter, 3. Kondensering og 4. syntese. Analysen er ingen lineær prosess. Ved å beveger seg frem og tilbake mellom ulike deler av det empiriske materialet er det lettere å få øye på noe nytt (11). Deler av analysen ble gjort sammen med veileder, og

prosessen ble drøftet med i forskningsgrupper andre veiledere og medstudenter. Forskjellige personer legger merke til ulike ting, noe som skaper rom for flere tolkninger og ulike tilnærminger (11).

### **Personvern og forskningsetikk**

Studien ble godkjent av NSD i november 2018. Retningslinjer for Risiko- og sårbarhetsanalyse i henhold til Generel data protection regulation (GDPR) er fulgt. Alle informantene har signert for informert samtykke og frivillig deltagelse. Transkripsjoner ble anonymisert og oppbevart på kryptert minnebrikke og lydopptak slettet etter transkripsjon.

### **Resultater**

I analysen fremkom fire hovedtema: Sykepleiernes somatiske kompetanse, spennet mellom somatikk og miljøterapi, behov for tydelig ledelse og faglig standard og samarbeidet med de andre yrkesgruppene.

#### **Forventninger til sykepleiernes somatiske kompetanse**

At somatikk og medisin er en viktig del av sykepleierarbeidet i TSB er det bred enighet blant alle informantene. Det forventes at sykepleierne har kunnskap om blant annet anatomi, fysiologi, sykdomslære, legemidler, rus, abstinenser, overdoser, kartlegging og akuttmedisin, samt at sykepleierne deler av disse kunnskapene med de andre yrkesgruppene. Viktige oppgaver som blir trukket frem er mottak av pasienter, legemiddelhåndtering, observasjon, dokumentasjon, oppfølging og vurdering, igangsetting av relevante tiltak og samarbeid med de andre yrkesgruppene, spesielt legene. En sykepleier sier om observasjoner av rus og medikamenter: «...vi driver med sterke medisiner så det er jo viktig at vi har litt oppmerksomhet på det». Sykepleierne påpeker varierende somatisk kompetanse i sykepleiergruppa, og at det er behov for øvelse og mengdetrening på somatiske oppgaver og prosedyrer. En av sykepleierne understreker viktigheten av å ha kompetanse på dette: «Får du brystmerter på kvelden må du kunne ta et EKG. (...) du må kunne akuttmedisin». Det forventes også at sykepleierne dekker pasientens grunnleggende behov. Søvn, ernæring og trygghet er noe som trekkes frem av nesten alle informantene, også personlig hygiene blir trukket frem av noen informanter. Sykepleierne legger vekt på at pasientene har mange utfordringer og behov, og at de ikke har tid til å følge opp alt. Deltakere fra de andre



yrkesgruppene beskriver at sykepleierne har et stort behov for å hjelpe pasientene, men at det ikke alltid er det beste for pasientene å få alle sine behov tilfredsstilt. Begge deltakergruppene påpeker at sykepleierne kan bli flinkere til å jobbe mer «med hendene på ryggen».

### **Miljøterapi, mer enn å ha det hyggelig med pasientene**

Viktige aspekter ved miljøterapien som sykepleierne dekker er kontakt med pasientene, samtaler og kompetanse på psykiatri, rus og avhengighet. En fra de andre yrkesgruppene poengterer at sykepleierne må være tilgjengelig: *«hvis ikke jeg er tilgjengelig for å løse en oppgave (...) så må jo sykepleieren i enda større grad forsøke miljøterapi eller samtalerapi for å dempe trykket... hvis du skjønner...»*. Sykepleierne beskrives som trygge på de utfordringene som kan oppstå i behandlingshverdagen. En annen ikke-sykepleierfaglig deltaker sier: *«Men jeg har ganske høye forventninger i forhold til både rus og psykiske lidelser, det har jeg. Og det føler jeg ofte jeg har rett til å ha, for jeg synes de kan veldig mye»*. Sykepleierne er opptatt av at å jobbe med pasienter i miljøet handler om mer enn å ha det hyggelig. Observasjoner og kartlegging av pasientenes atferd, psykiske- og fysiske helse, veiledning i hverdagslige situasjoner som måltid, rydding, vasking, skape interesse for nye rusfrie aktiviteter og å følge pasientene til alt fra hjem til rettsaker. God miljøterapi kan bidra til at pasientene trives i behandling og å lindre blant annet angst, uro og russug. Begrepet omsorg ble nevnt flere ganger av de fleste informantene i begge gruppene i beskrivelsen av sykepleierne.

### **Miljøterapi og somatikk**

Å fokusere på både somatikk miljøterapi ser ut til å være utfordrende for flere. En ikke-sykepleierfaglig informant beskriver: *«...medisinering, oppfølging av pasienten og alt som foregår i miljøet, all miljøterapi som er det fundamentale her. Så sykepleiere er jo involvert i alt fra A til Å. Og tilbake igjen»*. Det kan føre til at oppgaver går på bekostning av hverandre. Sykepleierne påpeker at de kan bli stående lenge på medisinrommet og ikke har tid til å jobbe med miljøterapi. De andre yrkesgruppene antyder at sykepleierne kan ta en snarvei og spørre legene før de har samlet tilstrekkelig data om pasienten, fordi de har for mye annet å gjøre. En sykepleier poengterer at det kan være lett å glemme det somatiske blikket når det er mye fokus på miljøterapi. Viktigheten av sykepleierkompetansen i miljøet blir likevel fremhevet, spesielt av sykepleierne selv. De må ha kunnskap om alle områdene – og kunne se de i sammenheng. En sykepleier trekker frem en episode med en pasient hvor det ble avdekket at

et angstanfall viste seg å være hjerteproblemer. En annen vektlegger effektive tiltak som å tilby en pasient en tur istedenfor medisiner.

### **En felles plattform hvor sykepleierne står sammen**

Til tross for at begge deltakergruppene tilsynelatende har klare tanker om sine forventninger til sykepleierne i TSB, blir det etterlyst en felles grunnmur, tydeligere rammer og standarder . En av sykepleierne sier: *«Jeg savner ofte en sånn felles grunnmur. (...) en felles plattform hvor alle må stå på sammen og har tydelige rammer»*. De fremhever store individuelle forskjeller i forhold til hvem som er på jobb og hva som blir prioritert og lagt vekt på av oppgaver. *«...av og til er det litt sånn ulik oppfatning av hvordan vi skal jobbe i miljø. (...) Fordi vi ikke driver helt likt. Vi gjør liksom egne vurderinger. Så blir det litt forskjellig ut i fra hvem som er på jobb»*. Flere deltakere fra de andre yrkesgruppene er enig i dette. To av sykepleierne understreker at deres arbeidsoppgaver varierer ut i fra hvem de jobber i team med, og at de savner å jobbe mer kunnskapsbasert for å jobbe mer likt. En av sykepleierne sier: *«...teamet har veldig mye å si, så det blir litt utflytende grenser. Og lederen kan ikke ha oversikt over hvert team, da må man jo bare stole på teamet til slutt»*. Sykepleierne understreker at de har et godt samarbeid og lærer mye av hverandre og at det er trygt å være så mange fra samme yrkesgruppe. En av informantene fra de andre yrkesgruppene poengterer at alle kan bli flinkere til å følge allerede eksisterende rutiner.

### **Sykepleiernes kompetanse nyttig hos samarbeidspartnerne**

Det er bred enighet blant informantene fra de andre yrkesgruppene om at de er avhengige av sykepleiernes tilbakemeldinger vedrørende pasientene for å få gjort jobben sin. *«Det er jo de som er tettest på pasientene (...) i hverdagen, så jeg er helt avhengig av å snakke ofte med de»*. Det handler om observasjoner i miljøet, spesifikke situasjoner, og hvordan pasienten har det. *«...også diskuterer vi ofte litt sånn tilnærming til pasienten (...) hvis det er noe jeg lurer på som jeg har lest i journal»*. Tilbakemeldingene skjer via samtaler, dokumentasjon, møter og interne meldinger. Sykepleierne omtaler samarbeidet med de andre yrkesgruppene som godt. Det er flat struktur og lite hierarki, kanskje utenom psykologene, som er behandlingsansvarlig står med det overordnede ansvaret for pasientbehandlingen. En sykepleier beskriver samarbeidet med de andre yrkesgruppene slik: *«Man kjenner de jo godt. Og de er på huset, man kan bare stikke bortom...»* Noen beskriver at de av og til får delegert oppgaver som ikke er sykepleieroppgaver fra noen av de andre yrkesgruppene, i hovedsak

psykologene. En sykepleier påpeker imidlertid at dette er noe sykepleierne selv må sette grenser for. Relasjonen mellom sykepleierne og legene blir av flere av informantene i studien beskrevet som spesielt godt. Det poengteres at de kommer fra samme tradisjon i sykehuset, jobber godt som et lag, utveksler kunnskap og forstår hverandre godt. Alle informantene antyder en eller annen grad av forvirring rundt skillet mellom sykepleiere og vernepleiere. To ulike yrkesgrupper med til dels ulik kompetanse men tilsynelatende de samme oppgavene. *«Jeg har litt vanskelighet med å skille på hva vernepleieren gjør til forskjell fra sykepleieren. Så akkurat den arbeidsfunksjonen er litt uklar for meg til tross for at jeg har jobba i feltet en god stund»* sier en fra de andre yrkesgruppene.

## **Diskusjon**

### **Somatikken i høysetet**

Somatisk kompetanse ble beskrevet som sykepleierens kanskje viktigste kunnskapsområde av alle informantene. Dette samsvarer med studien til Karlsen (3). I hans og andre studier formidler imidlertid sykepleierne at deres kompetanse på dette området blir neglisjert (2, 3), mens sykepleierens kompetanse på dette området fremstilles som anerkjent og etterspurt i min studie. At sykepleierens kompetanse varierer og at det etterlyses større fokus og trening på somatiske oppgaver og prosedyrer er noe som understrekes i min og andre studier (2, 3). De tverrfaglige videreutdanningene i psykisk helse og rus får kritikk for manglende fordypning i sykepleie, noe som fører til at skillet mellom sykepleierne og de andre høyskoleutdanningene blekner (3, 13, 14). Uten den somatiske kompetansen vil ikke sykepleierne være i stand til å møte det økende kravet til somatisk kompetanse. Som eksempelvis stilles i forbindelse med nasjonale retningslinjer og pakkeforløpene i TSB, hvor hovedmålene blant annet er bedre ivaretagelse av pasientenes somatiske helse og levevaner (4, 15). Slik sett er det forståelig at sykepleierne er med på å fylle et behov for somatisk kompetanse i TSB.

### **Somatikk og miljøterapi behøver ikke være noen motsetning**

Miljøterapi har blitt anklaget for å ta plassen til tradisjonell grunnleggende sykepleie og andre sykepleierfaglige oppgaver (14). I min studie kommer det imidlertid frem at mye av det sykepleierfaglige skjer nettopp når sykepleierne oppholder seg med pasientene i miljøet.

Verdifulle observasjoner av fysisk- og psykisk art, grunnleggende behov og sammenhengen mellom disse er eksempler på oppgaver sykepleierne har i miljøterapien. Også i andre studier understrekes viktigheten av å jobbe med det somatiske og det psykiske samtidig (2, 3).

Karlsen (3) fremhever i sin artikkel at med kunnskap om kroppen ser sykepleierne etter andre ting hos pasientene enn andre yrkesgrupper, og de er opplært til å observere tegn og symptomer (3). Som eksempelet om pasienten med symptomer som minnet om angst, som viste seg å være hjerteproblemer. Disse nyansene er i tråd med det Marit Kirkevoll skriver om muligheten til å bygge bro mellom de filosofiske omsorgsteoriene og de mer praksisorienterte sykepleierteoriene (6). Sykepleiere må forholde seg til kroppslige og biologiske fenomener i tillegg til humane fenomener, og kompleksiteten i møtet mellom disse. Som sykepleier kan man ikke skille skarpt mellom disse (6). Sykepleierne understreker at de fokuserer på sitt fag når de jobber med miljøterapi. Det behøver altså ikke å være noen motsetning mellom det å jobbe med miljøterapi og å ha fokus på det fysiske og somatiske.

### **Et godt samarbeid med lite hierarki**

Felles forståelse for hverandres roller i pasientarbeidet leder til respekt for hverandres yrkesgrupper (9). Informantenes beskrivelse av sykepleierne samsvarer i stor grad, og de andre yrkesgruppene understreker at de er avhengige av jobben sykepleierne gjør. Disse funnene står i kontrast til andre studier hvor sykepleiere forteller at flere kolleger i liten grad vektlegger deres observasjoner over sine egne inntrykk av pasientene (2). Sykepleierne i min studie beskriver et godt samarbeid med de andre yrkesgruppene med lite hierarki, det er «lett å stikke innom» og de opplever å bli sett og hørt. De andre yrkesgruppene på sin side beskriver et godt samarbeid med sykepleierne ved at de er tilgjengelig for spørsmål, hjelper de med oppgaver og jobber tett med pasientene. Tverrfaglig samarbeid krever nettopp de overnevnte faktorene: gjensidig respekt og anerkjennelse, fagkunnskap og trygg fagidentitet og tydeliggjøring av yrkesgruppens særegne kompetanse (8). Oppgavefordelingen mellom de forskjellige yrkesgruppene beskrives som tydelige, med unntak av mellom sykepleierne og vernepleierne. Disse to yrkesgruppene omtales ofte i sammenheng og trekkes frem som vanskelig å skille mellom. Dette til tross for ulik yrkesbakgrunn og rammeplaner (5, 16). Et tydeligere skille mellom disse vil kanskje kunne styrke det tverrfaglige samarbeidet.

### **Tydelig ledelse, felles grunnmur og faglige standarder**

Tidligere studier viser til at mange sykepleiere i TSB og psykisk helsevern opplever sin rolle som uklar (1, 2). I min studie fremtrer sykepleierens rolle som klar, men som en nyanse til

dette etterlyses tydeligere ledelse, struktur og standard. Det uttrykkes et presist ønske om en «felles grunnmur», at sykepleierne skal jobbe mer likt og at deres prioriteringer i mindre grad skal være personavhengige. Både denne og tidligere studier viser at sykepleiere har lett for å påta seg mange oppgaver (1, 17). Informantene understreker at noen oppgaver går på bekostning av kvaliteten i arbeidet grunnet sykepleiernes lange liste med oppgaver. Man kan forstå det slik at selv om rollen virker klar har sykepleierne et relativt fritt mandat til å velge hvordan oppgavene skal prioriteres og gjennomføres. Denne beskrivelsen samsvarer med tidligere studier (1, 2). Om dette handler om mangel på prosedyrer eller at gjeldene prosedyrer ikke blir fulgt kommer ikke frem av datamaterialet. Disse faktorene viser til et behov for tydelige ledelse og standarder for hvordan man skal jobbe, slik at sykepleiernes arbeid i mindre grad er personavhengig, og at de i større grad jobber likt.

### **Metodiske refleksjoner**

Utvalget i studien er lite, og funnene er sånn sett lite generaliserbare. Jeg har imidlertid hatt muligheten til å gå i dybden hos de ulike informantene, noe som skaper nyanser i forståelsen. At jeg selv er sykepleier og jobber på arbeidsplassen datainnsamlingen fant sted, (dog ikke i rollen som ble studert), kan ha påvirket resultatene positivt fordi jeg kjenner godt til fenomenet jeg har studert, men jeg har også med meg en forforståelse. Analyse- og skrivearbeid ble gjort i en periode jeg ikke var tilstede på arbeidsplassen og dermed ikke ble påvirket videre av mine kolleger i den prosessen. I diskusjon med andre som ikke kjenner feltet like godt, har det kommet frem nyttige nyanser, tolkninger og innspill.

### **Konklusjon**

Alle yrkesgruppene i undersøkelsen har en tydelig formening om sine forventninger til sykepleierne. Kunnskap om blant annet somatikk, miljøterapi og kombinasjonen av disse, samt observasjoner, vurderinger og tilbakemeldinger til teamet trekkes frem. Sykepleieren er også en det kan diskuteres og rådføres med. De ikke-sykepleierfaglige informantene trekker frem det sykepleierfarlige arbeidet som et verdifullt bidrag i det tverrfaglige samarbeidet. Sykepleierens funksjon i TSB er i denne studien tydeliggjort som en kombinasjon av medisinsk kompetanse og miljøterapi, hvor den medisinske kompetansen i størst grad blir synliggjort. I et felt hvor nasjonale retningslinjer og pakkeforløp peker mot en mer somatisk tilnærming av pasientene, er det lett å se til sykepleiergruppen som viktige aktører å spille på i

denne sammenhengen. Sykepleierne selv virker å ha et behov og ønske om å jobbe mer likt i tilnærmingen til pasientene. Denne studien synliggjør at tydeligere ledelse, struktur og faglig standard kan sikre kvalitet i tjenesten. Det å fremstå som samlet overfor pasientene kan man tenke seg at vil styrke tilbudet og kvaliteten på tjenestene i TSB.

## Kilder

1. Karlsson B, Kim SH. Sykepleie i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid : en studie om sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. 2015.
2. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Trondheim: SINTEF; 2017. SINTEF Rapport A28053.
3. Karlsen R. Profesjonell kompetanse. Sykepleien Forskning. 2009;4(3):198-204.
4. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Oslo; 2016. Hentet 30.04.19 fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>.
5. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Oslo; 2008.
6. Alvsvåg H, Bergland Å, Førland O, Martinsen K. Nødvendige omveier : en vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2013.
7. Norsk Sykepleierforbund. Sykepleie - selvstendig og allsidig fag. Norsk sykepleierforbund; 2008.
8. Helsedirektoratet. Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene. 2005.
9. Pullon S. Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. Journal of Interprofessional Care; 2008;22(2):133-47.
10. House S, Havens D. Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration: A Systematic Review. JONA: The Journal of Nursing Administration; 2017;47(3):165-71.
11. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
12. Kleiveland K. Sykepleierens ansvar og rolle i akuttmottak. Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014.
13. Norsk Sykepleierforbund. Politisk plattform for psykisk helse og rus 2017 Oppdatert: 07.06.17. Hentet 15.04.19 fra: <https://www.nsf.no/Content/2201713/cache=20171503104542/Revidert%20plattform%20psykisk%20helse%20og%20rus%202017-2020.pdf>.
14. Fause Å. Hva er sykepleie i psykisk helse- og rustjenesten? Tidsskriftet sykepleien; 2019(1):92-5.

15. Helsedirektoratet. Rusbehandling (TSB) pakkeforløp. 2018. Hentet 30.04.19 fra:

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rusbehandling-tsb-pakkeforlop>.

16. Kunnskapsdepartementet. Rammeplan for vernepleierutdanningen. Oslo; 2005. Hentet

30.04.19 fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf)

[269377-rammeplan\\_for\\_vernepleierutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269377-rammeplan_for_vernepleierutdanning_05.pdf)

17. Hellesø R, Larsen LS, Obstfelder A, Olsvold N. Hva er sykepleie? Tidsskriftet sykepleien. 2016(8):64-6.



## **Vedlegg:**

### **Vedlegg 1: Intervjuguide**

Intervjuguide, sykepleieren i det tverrfaglige teamet i TSB.

#### **Informasjon som vil bli gitt før intervjuet begynner:**

Svarene du gir må være i tråd med taushetsplikten de har ovenfor pasienter og kollegaer. Alle spørsmålene omhandler sykepleiere generelt, og jeg er ikke ute etter informasjon om spesifikke sykepleiere/personer. Jeg er interessert i å vite noe om sykepleierne som gruppe.

#### **Bakgrunn**

1. Bakgrunnsdata: Yrke, yrkeserfaring fra TSB.
2. Hva er din rolle i TSB til vanlig?

#### **Beskrivelse av sykepleieren**

3. Hva slags rolle har du i forhold til sykepleierne i det tverrfaglige teamet?
4. Hvordan vil du beskrive samarbeidet mellom deg og sykepleierne i det tverrfaglige teamet?
5. Kan du beskrive hvilke oppgaver sykepleierne i det tverrfaglige teamet har?

#### **Forventninger til sykepleieren**

6. Hvilke forventninger har du til sykepleierens kunnskap i det tverrfaglige samarbeidet?
7. det arbeidsoppgaver i det tverrfaglige teamet i dag som du mener at sykepleierne burde utføre i større eller mindre grad?
8. Hvis du skal si noe om hvilke behov hos en pasient sykepleierne dekker. – Hva ville det vært?

## **Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema**

Vil du delta i forskningsprosjektet

### ***”Sykepleieren i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling”?***

**Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å bidra til ny kunnskap om forståelsen av sykepleierens funksjon i tverrfaglig team i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, oppgaver og ansvar i det tverrfaglige teamet i TSB. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.**

#### **Formål**

Studien er et mastergradsprosjekt og gjennomføres i forbindelse med min Mastergrad i Sykepleie – klinisk forskning og fagutvikling ved OsloMet – Storbyuniversitetet.

Studien er en kvalitetsforbedringsstudie hvor målet er bedre forståelsen av sykepleierens funksjon i et tverrfaglig team i TSB, sett fra et tverrfaglig perspektiv. Dette for å belyse ulike erfaringer og opplevelser med sykepleierens funksjon i et tverrfaglig team i TSB.

Det er et kriterium at alle deltakere i studien er samtykkekompetente og i stand til å underskrive vedlagte samtykkeerklæring. Videre er det et kriterium at de er i stand til å forstå denne informasjonen.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

OsloMet er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Informantene er strategisk utvalgt blant de ulike yrkesgruppene i det tverrfaglige teamet; psykologer, leger, vernepleiere, sosionomer og sykepleiere i TSB. Dette for å belyse ulike erfaringer og opplevelser med sykepleierens funksjon i et tverrfaglig team, ut i fra et tverrfaglig perspektiv.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Studien er en kvalitativ studie, med semistrukturerte dybdeintervjuer. Opplysninger som registreres om deg i denne studien vil være kjønn, erfaring fra TSB og yrkesbakgrunn. Hvis du velger å delta i studien innebærer du at du fyller ut et samtykkeskjema, og deltar i et semistrukturert dybdeintervju på 30-60 minutter. Dybdeintervjuer vil foregå på tomannshånd med lydopptaker. Tidspunkt og sted for intervjuene kan tilpasses og avtales etter behov.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun prosjektleder og OsloMets veileder som vil ha innsyn i personlige opplysninger og disse har taushetsplikt. Alle personopplysninger vil slettes når studien fullføres, senest 20. Mai 2020.

Datamaterialet skal anonymiseres i prosjektperioden. Det kommer ikke til å stå direkte identifiserende opplysninger i datamaterialet. Datamaterialet vil også være lagret inne på en kryptert enhet, som kun student har tilgang til.

Transkripsjon av lydopptak vil gjennomføres på data uten tilgang til internett.

Du som deltaker i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon. Publikasjonen vil innebære en analyse av de innsamlede dataene.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20.mai 2020. Alle personopplysninger vil slettes når studien slutføres.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til: innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, å få rettet personopplysninger om deg,

få slettet personopplysninger om deg,  
få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og  
å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine  
personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at  
behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med  
personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:  
OsloMet ved student og prosjektansvarlig Anne Line Granamo, på e-  
post: [algranamo@gmail.com](mailto:algranamo@gmail.com), eller veileder ved OsloMet, Unni Knutstad på e-  
post: [unnikn@oslomet.no](mailto:unnikn@oslomet.no).

Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen, OsloMet

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller  
telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anne Line Granamo  
Masterstudent

Unni Knutstad  
Veileder v/OsloMet

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Sykepleieren i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i et semistrukturert dybdeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 20.mai. 2020.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Epost/telefonnummer: (for avtale om tid og sted for intervju)

---

### **Vedlegg 3: Forfatterveiledning, Sykepleien Forskning**

Forfatterveiledning for Sykepleien forskning:

<https://sykepleien.no/forfatterveiledning>

## **Vedlegg 4: Vurdering fra NSD**

### **NSD sin vurdering**

#### **Prosjektittel**

Sykepleieren i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

#### **Referansenummer**

691269

#### **Registrert**

10.08.2018 av Anne Line Granamo - s321196@stud.hioa.no

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Unni Knutstad, unnikn@oslomet.no, tlf:

#### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kontaktinformasjon, student**

Anne Line Granamo, Algranamo@gmail.com, tlf: 41547833

#### **Prosjektperiode**

15.05.2018 - 20.05.2020

#### **Status**

29.10.2018 - Vurdert

#### **Vurdering (1)**

---

**29.10.2018 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.10.2018, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

## MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.05.2020.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art.



12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp behandlingen ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)