



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Somatisk helse ved alvorlige psykiske lidelser

En kvalitativ studie av psykiatriske sykepleieres utfordring med å ivareta somatisk helse til pasienter med alvorlige psykiske lidelser i to kommuner i Finnmark

Espen Kristiansen

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse (HEL-3902).

Antall ord: 25 714

November 2020

Sammendrag

Bakgrunn og hensikt: Personer med alvorlige psykiske lidelser har en forventet levealder som er 15-20 år kortere enn befolkningen for øvrig, der tapte leveår i all hovedsak skyldes somatisk sykdom som kan forebygges og behandles. Det foreligger klare faglige og politiske føringer for bedre ivaretagelse av somatisk helse til personer med alvorlige psykiske lidelser. Psykiatriske sykepleiere innen psykisk helsevern jobber til daglig tett på disse pasientene der ivaretagelse av somatisk helse er en sentral arbeidsoppgave. Hensikten med studien er å få innsikt i psykiatriske sykepleieres erfaring med å ivareta somatisk helse til pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Problemstilling: Hvilke utfordringer opplever psykiatriske sykepleiere med å ivareta den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser?

Metode: En kvalitativ studie der datagrunnlaget er samlet inn ved bruk av seks semi-strukturerte forskningsintervju.

Resultater og konklusjon: I arbeidet med å ivareta somatisk helse til pasienter med alvorlige psykiske lidelser ble flere utfordringer identifisert fra et sykepleieperspektiv. Analysen viste at utfordringene var knyttet til tre *sentrale temaer* som utgjør resultatene: 1) *Sykdomsforståelse*, der det var utfordrende å ha tilstrekkelig sykdomsforståelse rundt et ofte komplekst og sammensatt sykdomsbilde, hvor også pasientens egen sykdomsinnsikt og kommunikasjon rundt somatisk helse var mangelfull. 2) *Somatisk kompetanse*, der deltakerne opplevde mangelfull somatisk kompetanse som utfordrende, både hos seg selv og blant annet personell. 3) *Organisering av tjenestetilbudet*, der adskilt somatisk og psykisk helsevern, og tverrfaglig samarbeid var sentrale utfordringer. Resultatene gir viktige implikasjoner for praksis i forhold til å vie større oppmerksomhet til arbeidet med den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, der kunnskapsbasert praksis bør stå sentralt. Videre forskning bør fokusere på et pasient eller pårørende-perspektiv.

Nøkkelord: Psykiatrisk sykepleier, alvorlig psykisk lidelse, somatisk helse, sykdomsforståelse, somatisk kompetanse, organisering av psykiatritjenesten, ensomhet, stigmatisering.

Abstract

Background and purpose: People with severe mental illness have a life expectancy that is 15-20 years shorter than the general population, where lost life years are mainly due to somatic disease that can be prevented and treated. There is a clear health professional and political guidelines to improve better care of somatic health for people with serious mental illness. Psychiatric nurses in mental health care work closely with these patients on a daily basis, where somatic healthcare is a key task. The purpose of the study is to gain insight into psychiatric nurses' experience of taking care of the somatic health of patients with severe mental illness.

Research question: What challenges do psychiatric nurses experience in caring the somatic health of patients with severe mental illness?

Method: A qualitative study where data were collected using six semi-structured research interviews.

Results and conclusion: In the work of maintaining somatic health in patients with severe mental illness, several challenges were identified from a nursing perspective. The analysis showed that the challenges were related to three *key themes* that make the results: 1) *Disease-understanding*, where it was challenging to have a sufficient understanding of the disease around an often complex and compound disease picture, where the patient's own disease insight and communication about somatic health was deficient. 2) *Somatic competence*, where the participants experienced a lack of somatic competence as challenging, both among themselves and among other personnel. 3) *Organization of the mental health service*, where separate somatic and mental health care, and interdisciplinary collaboration were key challenges. The results provide important implications for practice in relation to paying greater attention to the work with the somatic health of patients with severe mental disorders, where knowledge-based practice should be central. Further research should focus on a patient or relative perspective.

Keywords: Psychiatric nurse, serious mental illness, somatic health, understanding of illness, somatic competence, organization of the psychiatric health service, loneliness, stigmatization.

Forord

Det er med stolthet jeg nå har fullført studiet, og selve mastergradsoppgaven. Jeg har utfordret meg selv til å gjøre noe jeg innerst inne hadde lyst til, noe meningsfullt og utviklende, men samtidig krevende. Det er imidlertid én tanke som har overskygget alle utfordringer; Privilegert. Jeg er privilegert som i 50-årene kan studere og utvikle meg innenfor et fagfelt som oppleves interessant og nyttig. Jeg har frydet meg over ny kunnskap, det har vært litt av en reise!

Takk til dere som deltok i studien, som stilte opp i en travel hverdag og lot dere intervjuet. Dere var positive fra første henvendelse, engasjerte og har virkelig bidratt med å dele verdifulle erfaringer og opplevelser som er blitt selve grunnmuren i denne oppgaven. En spesiell takk til min suverene veileder, professor Gunn Pettersen ved Institutt for helse- og omsorgsfag for motiverende og klok veiledning!

Jeg vil også takke mine to barn, Kari og Petter, som har heiet på meg. Vi har studert samtidig, og det har vært berikende. Takk også til alle som har vist nysgjerrighet om «hvordan det går», og sist, men ikke minst min firbeinte samboer Emil som trofast har holdt meg med selskap og passet på at vi ikke har sittet for lenge på kontoret.

Espen Kristiansen

Hammerfest, November 2020

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	7
1.1	Bakgrunn for valg av tema	8
1.2	Hensikt og problemstilling	9
1.3	Tidligere forskning	10
2	Teoretisk bakgrunn.....	17
2.1	Alvorlig psykisk lidelse	17
2.2	Somatisk helse ved alvorlige psykiske lidelser	24
2.3	Organisering av tjenestetilbudet	28
3	Vitenskapsteori og metode	31
3.1	Valg av forskningsmetode	31
3.2	Min rolle som forsker	33
3.3	Utvalg og rekruttering	35
3.4	Intervjuene	38
3.4.1	Planlegging av intervju.....	38
3.4.2	Gjennomføring av intervju	39
3.5	Transkripsjon av intervju	40
3.6	Etiske vurderinger.....	42
3.7	Datasikkerhet og personvern	44
3.8	Gyldighet og pålitelighet	45
3.9	Analyse	46
4	Resultater.....	50
4.1	Sykdomsforståelse	50
4.1.1	Utfordringer knyttet til pasientenes innsikt i egen helse, og kommunikasjon ...	50
4.1.2	Utfordringer knyttet til mangelfulle sosiale nettverk blant pasientene	52
4.1.3	Utfordringer med pasientenes bruk av rus- og legemidler.....	54

4.1.4	Utfordringer med å forebyggende somatisk sykdom	55
4.2	Somatisk kompetanse	56
4.2.1	Utfordringer med helhetstenkning: psyke & soma	56
4.2.2	Utfordringer med stigmatisering, neglisjering og krenkelses av pasientene	58
4.3	Organisering av tjenestetilbudet	60
4.3.1	Utfordringer med adskilt somatikk og psykiatri	60
4.3.2	Utfordringer med tverrfaglig samarbeid	61
5	Diskusjon.....	62
5.1	Sykdomsforståelse	62
5.2	Somatisk kompetanse	67
5.3	Organisering av tjenestetilbudet	70
6	Avslutning	73
6.1	Oppsummering	73
6.2	Styrker og begrensninger ved studien	74
6.3	Implikasjoner for praksis	75
6.4	Videre forskning og muligheter.....	76
	Referanseliste	77
	Vedlegg 1 – Henvendelse til virksomhetsleder.....	84
	Vedlegg 2 – Forespørsel om deltakelse med Samtykkeerklæring	86
	Vedlegg 3 – Intervjuguide.....	90
	Vedlegg 4 – NSD Vurdering.....	92
Figurer		
	Figur 1. Illustrasjon av et biopsykososialt perspektiv	27
	Figur 2. Skjema brukt til intervjuanalyse	49

1 Innledning

Personer med alvorlige psykiske lidelser er betydelig mer utsatt for somatiske sykdommer, sammenliknet med befolkningen ellers. Resultater fra studier viser at personer med alvorlig psykisk lidelse lever så mye som 15-20 år kortere enn normalbefolkningen, og mest redusert for menn (Nordentoft et al., 2013; Verdens helseorganisasjon [WHO], 2018). Den viktigste årsaken til tapte leveår hos personer med alvorlige psykiske lidelser er somatisk sykdom, og spesielt hjerte-karlidelser (Nordentoft et al., 2013; WHO, 2018). Det kan være utfordrende for helsepersonell, herunder sykepleiere som jobber i psykisk helsevern å ivareta den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser (Karlsson & Kim, 2015).

Somatisk helse ved psykiske lidelser er et tema som har fått mye oppmerksomhet de siste årene, ikke bare i fagmiljøene, men også politisk. Eksempelvis vedtok Legeforeningens faglandsråd i 2019 en erklæring (resolusjon) for å bedre den somatiske behandlingen av personer med alvorlige psykiske lidelser. Resolusjonen er et resultat av at helse- og omsorgsminister Bent Høie i 2018 påpekte at helsetilbudet til pasienter med psykiske og rusrelaterte lidelser ikke er godt nok, og at psykisk helse er valgt ut som et prioritert område i ny nasjonal helse- og sykehusplan, med virketid 2020 – 2023 (Nilsen, 2019). Som et tilsvarende svar på helse- og omsorgsministerens prioritering av psykisk helse, ble rapporten *Bedre psykiatri og rus-behandling* utarbeidet av Legeforeningens ressursgruppe for rus og psykiatri (2019), og dannet bakteppet for resolusjonen der det var fokus på at personer med psykiske lidelser har en rekke risikofaktorer for å få kroppslig sykdom. Blant annet ble det vist til at mange lever isolert og tilbaketrukket, med usunn livsstil og dårlig kosthold, og at en betydelig andel røyker eller bruker andre rusmidler. Det var også fokus på en mer helhetlig tilnærming blant pasienter med psykiske lidelser, at «kropp og sjel» er to sider av samme sak, og at «alvorlige psykiske lidelser omfatter hele kroppen, ikke bare hjernen» (Nilsen, 2019), og det fremholdes at en stor del av overdødeligheten skyldes somatisk sykdom som det *finnes behandlingsmuligheter for* (Nilsen, 2019).

Vi vet at psykiske lidelser er utbredt i befolkningen. Forekomsten av psykiske lidelser i en 12-måneders periode ligger mellom 16-22% blant voksne (Folkehelseinstituttet [FHI], 2018), og var i 2019 den hyppigste årsaken til at vi oppsøker fastlege, og utgjorde 10,8% av alle konsultasjoner (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2020). Depressive lidelser, etterfulgt av angstlidelser er den vanligste konsultasjonsgrunn (FHI, 2018). Helsedirektoratet (2015) anslår at psykiske lidelser koster det norske samfunn ca. 70 mrd. kroner per år.

I Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020) pekes det på betydelig overdødelighet blant pasienter med både psykiske lidelser og rusproblemer, og at en stor andel av den økte dødeligheten er knyttet til økt forekomst av somatisk sykdom, og mangelfull *ivaretagelse* av somatisk helse. Videre henstilles det til at tjenestetilbudet innrettes slik at forebygging av livsstilssykdommer, behandling og oppfølging av somatisk helse *bedres* i denne pasientgruppen (Helse- og omsorgsdepartementet [HOD], 2015). Fra 2019 ble det også innført pakkeforløp for psykisk helse og rus for å styrke det helhetlige behandlingstilbudet, der «bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner» (Helsedirektoratet, 2018, s. 3) tatt inn som ett av fem overordnede mål, basert på dagens utfordringer i helsetjenestene.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) er opptatt av hva som karakteriserer sykepleieres rolle innenfor psykisk helsevern og rusbehandling, og gjorde i 2017 en kartlegging av sykepleieres ansvar og arbeidsoppgaver, hvilke pasientbehov som dekkes og hva kompetansebehovet er. Studien viste at sykepleiere ivaretar pasientenes fysiske helsebehov, men også at det fysiske helsebehovet kunne *ivaretas bedre* enn det gjør i dag (Melbye, Ådnanes & Kasteng, 2017). Dette ble begrunnet med at fysisk og psykisk helse henger sammen og påvirker hverandre, og at mange pasienter innenfor psykisk helsevern og rusbehandling ikke klarer å ta vare på seg selv og sin somatiske helse på en god måte (Melbye et al., 2017, s. 36-38).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

NSF (2017) ønsker å bidra til bedre levekår og økt levealder for personer med alvorlige psykiske og rusrelaterte lidelser, gjennom tett helsefaglig oppfølging og koordinerte tjenester, der sykepleie skal gis betingelsesløst, uten diskriminering, og det vises til at sykepleiere har et spesielt ansvar i møte med sårbare grupper. Sykepleiere har lang tradisjon innen fagfeltene psykisk helse- og rus, og deres kompetanse og kunnskap om menneskets grunnleggende behov, somatisk og psykiatrisk sykdomsforståelse er etterspurt. *Spesialsykepleiere* innen psykisk helse har et særlig ansvar for å arbeide helsefremmende, og å sikre pasienter god helsefaglig oppfølging, *også av den somatiske helsen* (NSF, 2017). For å møte helsetjenestens behov, og ivareta somatisk kompetanse blant sykepleiere i psykisk helsevern, skal det innføres en ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid rettet mot sykepleiere. Den nye masterutdanningen i psykisk helse- og rusarbeid for sykepleiere skal øke kvaliteten i behandlingen av pasienter med psykiske- og rusrelaterte problemer, med ekstra fokus på

somatisk helse og tverrfaglig tilnærming til denne pasientgruppen, noe som har stor betydning for resultatene av behandlingen (Kunnskapsdepartementet, 2020).

I nasjonal helse- og sykehusplan (2020 – 2023) fremholdes dagens utfordringer med pasienter med samtidig alvorlig psykisk lidelse og somatisk sykdom, der om lag 60% av overdødeligheten kan knyttes til somatiske sykdommer som *kan forebygges og behandles* (HOD, 2019; Lien, Huus & Morken, 2015). Videre vises det til omfattende svikt i tjenestetilbudet til denne pasientgruppen, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, der et fellestrekk var mangel i kartlegging av somatisk sykdom og rusmiddelproblemer (HOD, 2019; Lien et al., 2015). Ifølge HOD (2019) har vi fortsatt en vei å gå for å tilpasse hjelpetilbudet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, ruslidelser og somatisk sykdom, og at dette vil stille store krav både innad i tjenestene, og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Dette er en pasientgruppe som helsetjenesten bør ha særlig fokus på og utvikle gode tjenester for, blant annet gjennom å prioritere *fagutvikling* av tjenesten der *kunnskap* om innhold og kvalitet i behandlingen er en viktig forutsetning (HOD, 2019).

Ett av målene med Helse- og omsorgstjenesteloven er å stimulere til praksisnær forskning og bidra til at tjenestene sprer og tar i bruk ny kunnskap i møte med framtidige utfordringer. Økt satsning på forskning i kommunehelsetjenesten er ikke bare for å utvikle kvalitet på tjenesten, og sikre brukernes behov og styrke fremtidens helse- og omsorgstjenester. Økt fokus på forskning og forskningsbasert praksis kan også være stimulerende for arbeidsmiljøet, og kan bidra til å styrke rekrutteringen til sektoren (Senter for omsorgsforskning, 2014, s. 5).

1.2 Hensikt og problemstilling

Denne studien har fokus på sykepleiefaglige utfordringer fra arbeidet med somatisk helse hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Økt innsikt i denne tematikken vil kunne bidra til en mer kunnskapsbasert praksis, som igjen kan gi implikasjoner til forbedringsområder i forhold til ivaretagelse av somatisk helse hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Med utgangspunkt i nevnte bakgrunn og hensikt, er følgende problemstilling valgt:

«Hvilke utfordringer opplever psykiatriske sykepleiere med å ivareta den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser?»

1.3 Tidligere forskning

Som en del av strategien med å søke etter relevant forskning og litteratur ble det innledningsvis gjort orienterende søk i UiT sitt bibliotek Oria, og i det åpne vitenarkivet MUNIN. Det ble søkt med følgene *emneord* på norsk i ulike kombinasjoner: *Alvorlig(e) psykisk(e) lidelse(r), schizofreni, bipolar lidelse, depresjon OG somatisk, sykepleie, utfordring, opplevelse, erfaring*. Emneordene ble valgt på bakgrunn av relevans for tema og problemstilling. Google Scholar ble også brukt i ovennevnte søk. Søkene gav flere treff på temaet, men svært få treff som var relevant for problemstillingen.

Videre ble det utført systematiske litteratursøk i PsycINFO og MEDLINE (PubMed) som er databaser som ofte går igjen i temaer knyttet til psykisk helse. Det ble også søkt i CHINAL som har god dekning innen sykepleie, og spesielt relevant når man søker etter kvalitativ forskning (Underdal, 2013). Dette er databaser som er optimalisert for MeSH. For å skaffe oversikt over relevante, standardiserte MeSH termer i forhold til studiens tema og problemstilling, ble termbasen «*MeSH på norsk og engelsk*» (Aasen, 2020) benyttet. Følgende *MeSH termer* ble brukt i ulike kombinasjoner: *Mental disorders* (inkludert *Severe*), *Schizophrenia*, *Bipolar Disorder*, *Depression*, *Addiction Medicine*, *Psychiatric Somatic Therapies*, *Disease*, *Medically Unexplained Symptoms*, *Interviews as Topic*, *Qualitative Research*, *Stereotyping (Stigmatization)*, *Mental Health Nursing*, *Psychiatric Nursing*, *Nursing Care*, *Preventative Care*. Det ble også søkt med fraser/fritekst både på engelsk og norsk. Søket ble begrenset til siste 20 år og resulterte i 10 studier som var relevant for tema og problemstilling, med både kvalitativ og kvantitativ metodetilnærming. I det følgende presenteres eksisterende forskning fra litteratursøket som har til hensikt å belyse tema og problemstilling.

Karlsson & Kim (2015) undersøkte sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid, og studien var av både utforskende og beskrivende karakter i form av fokusgruppeintervjuer i 12 ulike kommuner (totalt 56 sykepleiere), og spørreskjema (n = 1240). Resultater fra studien viste at den fremste arbeidsmåten til sykepleiere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid var direkte klinisk arbeid med pasientene, og utgjorde 90% av arbeidet, etterfulgt av møter med andre fagpersoner og dokumentasjonsarbeid. Studien viste også at i det kliniske arbeidet var støttesamtaler, motivasjonsarbeid og relasjonsbygging de mest brukte arbeidsmåtene, og tilnærmingen fokuserte på hva den enkelte pasient hadde behov for i hverdagen, der det somatiske var sentralt i det terapeutiske arbeidet. Ifølge Karlsson & Kim (2015) var sykepleiernes utfordringer knyttet til

organisatoriske forhold som om-organiseringer i både kommune- og spesialisthelsetjenesten og at sykepleierne måtte bruke mye av sin tid på å være talsperson, og koordinere ulike tjenester på vegne av pasienten, fordi pasienten «ikke evner å holde ut» (Karlsson & Kim, 2015, s. 75). Også tverrfaglig samarbeid, og en økende gruppe personer i alderen 50-70 år som har levd lenge med sammensatte problemer knyttet til psykisk helse, rus og store fysiske helseutfordringer som nå har fått et sted å bo i sin hjemkommune, der mangel på samarbeid og koordinerte tjenester, ble beskrevet som en utfordring (Karlsson & Kim, 2015).

Karlsson & Kim (2015) viste også til at pasienter med psykiske lidelser ofte har samtidige utfordringer med et sammensatt sykdomsbilde med ruslidelser og store somatiske helseutfordringer, som gjør sykepleierens kompetanse både påkrevd og verdsatt. Denne kompetansen blir nærmere beskrevet som evne til å se hele mennesket som en helhet i betydningen av det fysiske, det psykiske, det sosiale og det eksistensielle, med det sykepleiefaglige blikket og den somatiske kompetansen (Karlsson & Kim, 2015, s. 85-86).

Ådnanes, Kaspersen, Melbye & Lassemo (2020) gjorde en studie av helsepersonell sine erfaringer etter det første året med pakkeforløp for psykisk helse og rus, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Datagrunnlaget ble samlet inn gjennom individuelle og fokusgruppeintervjuer ved 18 ulike behandlingseenheter, og en spørreundersøkelse (n = 3431). Studien viste at det kun var 20% innen psykisk helsevern som mente pakkeforløpet *i det hele tatt* har bidratt til bedre ivaretagelse av somatisk helse og levevaner, og hovedinntrykket var at praksis ikke var blitt endret i perioden, når det gjaldt ivaretagelse av somatisk helse. Nevnte studie viser til at sykepleiere trakk frem *fysisk helse* som ett av de områdene det var behov for større innsats på, for å dekke pasientens behov (Ådnanes et al., 2020, s. 47).

En norsk intervjustudie av åtte sykepleiere om kommunalt ansatte sykepleieres erfaring med rusmiddelbruk blant eldre (> 65 år) (Flesland, 2014), peker på at mange pasienter tar med seg sine etablerte rusvaner inn i alderdommen, og at ansatte i kommunale tjenester får et relativt større ansvar for denne pasientgruppen. Resultatene fra studien viste at rusmiddelbruk blant pasienter i kommunehelsetjenesten var relativt vanlig, økende i omfang, og en dominerende årsak til somatiske sykdommer. Videre viste studien at rusmiddelbrukere får aldersrelaterte sykdommer tidligere enn normalbefolkningen, og pasienter som begynte å ruse seg i tjueårene ble fortare gammel og «(...) kroppslig ferdig 25 år før tiden» (Flesland, 2014). Studien beskriver ensomhet og tap av relasjoner som en viktig årsak til bruk av rusmidler, og et

økende problem fordi det blir stadig flere eldre, og en trussel mot livskvalitet og meningsfulle liv. Resultatene viste også at utfordringer med ivaretagelse av denne pasientgruppen var manglende informasjonsflyt, tverrfaglig samarbeid mellom de involverte tjenester og kunnskap om vanedannende medisiner. Utfordringer i forhold til ivaretagelse av somatisk helse i denne pasientgruppen handlet om at sykepleierne måtte forholde seg til både problematisk rusatferd, psykisk lidelse og somatisk sykdom samtidig, og det ble etterlyst bedre forebyggende tiltak for å unngå alvorlig sykdom (Flesland, 2014).

Ververda, Kornkåsa, Bjørntvedt & Egrem (2013) undersøkte hvordan sykepleiere på somatiske sykehus kunne ivareta pasienter med schizofreni i en somatisk avdeling, der de intervjuet tre sykepleiere på to medisinske avdelinger og samlet inn data gjennom litteraturstudie. Resultater fra studien viste at forutinntatthet kan føre til usikkerhet, redsel og negative holdninger blant sykepleierne, noe som medførte at sykepleierne fokuserte på det de ikke kan, fremfor det de faktisk kan. Videre viste studien at sykepleierne selv mente de hadde lite kunnskap om psykiske lidelser, og ønsket seg mer kunnskap om dette. Knapphet på tid og ressurser var en utfordring for sykepleierne når det handlet om å ivareta pasientene i denne studien (Ververda et al., 2013).

En norsk studie (Melbye et al., 2017) om sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) undersøkte hvilket ansvar og oppgaver sykepleiere har innenfor psykisk helsevern og TSB, hvilket behov for kompetanse sykepleiere i disse tjenestene opplever at de dekker, og hva behovet for kompetanseutvikling er. Studien baserer seg på fokusgruppeintervjuer med 38 sykepleiere ansatt i psykisk helsevern/TSB og en spørreundersøkelse av sykepleiere i samme tjeneste (n = 1918). Resultatene viste at sykepleiere opplever å ha et stort ansvar, og at det jobbes godt med pasientenes somatiske helse, men at det her trengs større innsats for å imøtekomme pasientenes behov. Temaet somatikk/fysisk helse forekom mye i intervjuene, og sykepleierne beskrev flere hindringer for å imøtekomme pasientenes behov, inkludert det somatiske. Blant utfordringene som fremholdes var at helsepersonell, utover sykepleierne selv, ikke ivaretok, ikke vektla pasientens somatiske helse tilstrekkelig, noe som medførte at pasienten ikke fikk den helsehjelp han/hun hadde behov for. Behandlingsperspektiver og behov for kompetanse hos personell er en annen hindring som ble beskrevet, der sykepleierne fremholder det som krevende å skulle ha kunnskap på alle områder pasienter innen psykisk helsevern har behov for, og at det er for lite fokus på kompetanseheving. Også samhandling med andre deler av

helsetjenesten, med tverrfaglig og tverretatlig samarbeid fremholdes som en barriere. For lite samarbeid med pårørende var også et hinder, der man møter utfordringer med at pasienter som ikke er motivert for behandling takker nei til tilbud, og dermed ikke får den helsehjelpen de bør ha. Andre utfordringer studien viste var tidsmangler, der deltakerne beskrev krav til effektivitet og høy produksjon, det vil si behandle flest mulig pasienter. Intern organisering som kan medføre dårlig bemanning og for mye ufaglært arbeidskraft var også en utfordring for å imøtekomme pasientenes behov, inkludert fysiske behov (Melbye et al., 2017, s. 64-66).

Ved bruk av de samme søkeordene ble det funnet flere studier som omhandler ensomhet og sosial isolasjon blant pasienter med og uten psykiske lidelser, og betydningen det har for somatisk helse og levetid. Flere studier fremholder manglende sosial kontakt og ensomhet som en selvstendig risikofaktor for dårlig somatisk og psykisk helse og for tidlig død, og at forekomsten av ensomhet og manglende sosial kontakt er sterkt økende, og et betydelig folkehelseproblem (Courtin & Knapp, 2017; Fortuna et al., 2020; Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris & Stephenson, 2015; Rico-Uribe et al., 2018; Sticklely et al., 2016). I det følgende presenteres to av disse studiene nærmere.

Fortuna et al. (2020) studerte sammenhengen mellom ensomhet, somatisk helse og sykehusinnleggelse i psykiatrisk institusjon hos 349 personer over 18 år med alvorlig psykisk lidelse, innhentet fra spørreskjema i perioden 2013 – 2018. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 47 år, 60% var kvinner, og to tredjedeler levde alene, eller hadde aldri vært gift. Resultatet viste en klar sammenheng mellom antall sykehusinnleggelser og de som rapporterte mest ensomhet, og at somatiske plager i form av kroppslig smerte og redusert fysisk funksjonsnivå var sterkt assosiert med ensomhet. Studien viste også at det å ha et høyt antall somatiske sykdommer som gav smerte, samt lungesykdom, var assosiert med høyest grad av ensomhet. Fortuna et al. (2020) fremholder at personer med alvorlige psykiske lidelser opplever 2,3 ganger høyere grad av ensomhet sammenliknet med den generelle befolkningen, og at ensomhet er en viktig dimensjon i denne pasientgruppen som spiller en rolle for somatisk helse, og sykehusinnleggelser.

En metaanalyse av 70 uavhengige studier undersøkte om det var forskjell mellom sosial isolasjon som objektivt målbart, og ensomhet som en subjektiv opplevelse, en subjektiv emosjonell tilstand av å føle seg alene, og dødelighet (Holt-Lunstad et al., 2015). Resultatene viste at det på tvers av studier var 26% økt sannsynlighet for tidlig død ved egen-rapportert

(subjektiv) ensomhet og 29% ved sosial isolasjon (objektivt målbart), sammenliknet med befolkningen forøvrig. Det var således ingen forskjell mellom subjektivt opplevd ensomhet og objektiv sosial isolasjon, når det kom til risiko for død, og det var heller ingen forskjell mellom kvinner og menn. Studien viste også at sosial isolasjon og ensomhet er forbundet med dårligere livsstil og dårligere somatisk helse, og at ensomhet og manglende sosiale relasjoner utgjør en større helserisiko enn for eksempel fedme (Holt-Lunstad et al., 2015).

Studier som omhandler stigmatisering av pasienter med psykiske- og rusrelaterte lidelser, og konsekvenser dette kan ha for ivaretagelse av pasientens somatiske helse ble også funnet i søkene. En gjennomgang av studiene viser at helsepersonells stigmatisering synes å være mest fremtredende mot pasienter med ruslidelser, men eksisterer også i forhold til psykiske lidelser. I det følgende presenteres to av disse studiene.

van Boekel, Brouwers, van Weeghel & Garretsen (2013) fant i en systematisk litteraturstudie av 28 publikasjoner fra ulike land at stigmatisering og negative holdninger blant helsepersonell i forhold til pasienter med ruslidelser er vanlig, og kan bidra til sub-optimal somatisk behandling i helsevesenet. Resultater fra studien viste at stigmatiseringen kunne skyldes at helsepersonell manglet utdanning, erfaring og støttestrukturer for å jobbe med denne pasientgruppen, og at negative holdninger blant helsepersonell reduserte pasientens følelse av myndiggjøring (Empowerment) og dertil utfallet av behandlingen. Videre viste studien at helsepersonell var mindre involvert i denne pasientgruppen og ble mer «oppgaveorientert» i sin tilnærming med å levere helsehjelp, noe som medførte mindre personlig engasjement og empati. Studien inkluderte flere profesjoner, som leger og sykepleiere som jobbet innenfor psykisk helsevern (van Boekel et al., 2013).

En annen litteraturstudie av almenpraktiserende legers og medisinstudenters holdning til pasienter med psykiske lidelser underbygger utfordringen med stigmatisering (Adriaensen, Pieters, & De Lepeleire, 2011), der resultatene viste at stigmatisering var en betydelig hindring for somatisk helsehjelp fra leger til pasienter med psykiske lidelser. Studien viste også at selv om disse pasientene har en større somatisk sårbarhet på bakgrunn av sin psykiske lidelse, mottok de færre somatiske utredninger sammenliknet med pasienter uten psykiske lidelser. Studien antyder at pasienter med psykiske lidelser også er offer for selv-påført stigmatisering, og stigmatisering fra samfunnet, noe som kan føre til sosial eksklusjon og dårligere helsehjelp (Adriaensen et al., 2011).

I tillegg ble det funnet en rekke studier av epidemiologisk karakter, som viser at personer med alvorlige psykiske lidelser har en overhyppighet av somatiske sykdommer og betydelig kortere levetid, grunnet somatisk sykdom, og at de får mindre somatisk utredning og behandling, sammenliknet med befolkningen ellers. Ett eksempel er en populasjonsstudie av 270 770 pasienter fra Danmark, Finland og Sverige som viste at forventet levealder blant personer med alvorlige psykiske lidelser var dramatisk redusert, med ca. 15 år for kvinner og 20 år for menn, sammenliknet med normalbefolkningen (Nordentoft et al., 2013). Resultater fra studien viste at risikoen varierte mellom ulike kategorier psykisk sykdom, men den største bidragsyteren til tapte leveår var somatisk sykdom og medisinske forhold, der personer med ruslidelse, schizofreni og personlighetsforstyrrelser hadde høyest risiko for tidlig død på grunn av somatisk sykdom. Som mulige forklaringer fremholder studien usunn livsstil knyttet til pasientenes manglende kunnskap om ivaretagelse av egen helse, og manglende helsefremmende tiltak i denne sårbare gruppen som trenger livsstils-veiledning. Studien fremholder underdiagnostisering og underbehandling av somatiske sykdommer og økt iatrogen (negativ effekt av medisinsk behandling) sykkelighet, spesielt hjerte- karsykdom og diabetes som en konsekvens av bivirkninger av psykofarmaka. Også genetisk sårbarhet trekkes frem som en mulig forklaring (Nordentoft et al., 2013).

Forskningen som her er presentert har i hovedsak fokus på sykepleieres erfaring fra arbeidet med somatisk helse til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, men viser også at denne pasientgruppen er utsatt for ensomhet, stigmatisering og somatisk underbehandling sammenliknet med befolkningen ellers. Forskningen viser også at denne pasientgruppen er mer utsatt for somatiske sykdommer, og lever betydelig kortere på grunn av somatisk sykdom. Selv om noen av de presenterte studiene inkluderte også annet helsepersonell enn sykepleiere, og fokuserte på hvordan somatisk helse til personer med psykiske- og rusrelaterte lidelser ble ivaretatt i helsetjenesten generelt, er de relevant fordi studiene belyser fenomener som gjør dette til en utsatt og sårbar gruppe, når det handler om somatisk helse.

Oppsummert viser litteratursøk at tidligere forskning på *temaet* somatisk helse ved alvorlige psykiske lidelser domineres av store epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, årsaks-sammenhenger mellom psykisk sykdom og somatisk risiko, forekomst og prognoser. Det finnes relativt lite forskning fra et erfaringsperspektiv som omhandler sykepleiere, og deres utfordringer med å ivareta den somatiske helsen til sine pasienter. Tematikken i denne

studien ansees som et viktig bidrag på feltet, for å få bedre innsikt i sykepleieres erfaringer med å ivareta somatisk helse til pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

2 Teoretisk bakgrunn

I dette kapittelet presenteres relevante teoretiske perspektiver og begreper som har til hensikt å belyse tema og problemstilling i studien.

2.1 Alvorlig psykisk lidelse

Begrepet *alvorlig* psykisk lidelse blir mye brukt i denne oppgaven. Ifølge Denison, Underland, Vist & Hval (2020) skiller litteraturen som omhandler fysiske helseproblemer hos personer med psykiske lidelser ofte ut en gruppe med *alvorlig psykisk lidelse*, og i 2016 foreslo The Royal College of Psychiatrists følgende definisjon av *alvorlig psykisk lidelse*:

Generelt er det akseptert at begrepet inneholder tre elementer. *Diagnose*; en diagnose med schizofreni, bipolar lidelse, eller annen psykotisk lidelse er vanligvis underforstått. *Funksjonsevne*; lidelsen forårsaker betydelig funksjonshemming. *Varighet*; lidelsen har hatt betydelig varighet, vanligvis minst 2 år (Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI, 2016, s. 7).

Ifølge Malt, Andreassen, Malt, Melle & Årsland (2018) brukte man tidligere «alvorlig» psykisk lidelse nærmest synonymt med psykose. De siste decenniene har «alvorlig» blitt knyttet opp mot *graden* av lidelse og funksjonssvikt. I praksis innebærer det at alvorlig psykisk lidelse ikke bare omfatter psykotiske tilstander, men også en del personlighetsforstyrrelser og andre psykiske lidelser, som alvorlige former for depresjon eller tvangslidelser med uttalt funksjonssvikt, eller spiseforstyrrelser hvor pasienten vil dø uten behandling (Malt et al, 2018, s. 17). Studier som omhandler temaet somatisk helse ved *alvorlige psykiske lidelser* er ofte knyttet til spesifikke diagnoser, eksempelvis schizofreni, bipolar lidelse eller depresjon, eller innleggelse i psykiatrisk institusjon i en nærmere spesifisert periode (Nordentoft et al., 2013). I denne studien handler begrepet *alvorlig* psykisk lidelse om deltakernes opplevelse av de dårligste pasientene de møter i den kommunale rus og psykiatritjenesten, slik det ble presentert i intervjuene. Resultatene i denne studien har ikke fokus på formell diagnostikk.

Psykiske lidelser er ifølge Aarre & Dahl (2018) grunnleggende og godt definert i det amerikanske klassifikasjonssystemet Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5);

Med en psykisk lidelse forstås et klinisk betydningsfullt atferdsmessig eller psykologisk syndrom eller mønster som opptrer hos et individ, og som er ledsaget av nåværende ubehag (et ubehagelig symptom) eller funksjonssvikt (svikt på ett eller flere viktige funksjonsområder), eller med vesentlig økt risiko for død, smerte, invaliditet eller viktig tap av frihet ... (American Psychiatric Association, 2013, s. 20)

Malt et al. (2018) fremholder at definisjonene av psykiske lidelser ikke er helt uten problemer, om hvor grensen går mellom plagsomme følelser som kan sies å være en del av det å være menneske, og en psykisk lidelse i diagnostisk forstand (s. 16). Skillet mellom følelser og lidelser er i tillegg avhengig av hvilken sosial og kulturell virkelighet vi lever i, og jo mer avansert vårt helsevesen blir, er det sannsynlig at flere tilstander defineres som behandlingstrengende lidelser (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2018, s. 34).

Ruslidelser forekommer ifølge Malt et al. (2018) ofte samtidig med alvorlige psykiske lidelser, og komorbiditeten (samsykeligheten) er stor. Det er en klar overhyppighet av alvorlige psykiske lidelser i grupper med rusmiddelavhengighet, og personer med alvorlige psykiske lidelser har et overforbruk av rusmidler, og en overhyppighet av rusmiddelavhengighet. Eksempelvis vil opp mot 50% av alle med schizofreni, eller bipolar lidelse også ha en misbruks- eller avhengighetslidelse (Malt et al., 2018, s. 619), noe som er anslått til å være 4-5 ganger høyere enn det man ser i den vanlige befolkning (Malt et al., 2018, s. 384). Ifølge Helsedirektoratet (2012) kan en rusdiagnose settes når konsekvensene av rusbruk påvirker en persons livssituasjon og livsførsel på en ødeleggende måte, og det finnes to allment godtatte definisjoner på rus-diagnoser, henholdsvis i International Classification of Diseases (ICD-10) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Rusdiagnoser knyttes til hvilke stoffer som brukes, til bruksmønsteret og det skilles mellom skadelig bruk/misbruk og avhengighet. I dagligtale brukes ofte «rusmiddelmissbruk» om disse begrepene. Det skilles ikke mellom legale og illegale rusmidler, men hvordan de påvirker den psykiske lidelsen og den psykososiale funksjonen (Helsedirektoratet, 2012, s. 17). Det er i dag faglig konsensus om at årsakene til en ruslidelse er sammensatt og at den bør forstås, forebygges og behandles i en *helhetlig* og bred faglig sammenheng (Aarre & Dahl, 2018, s. 329), i en biopsykososial forståelsesmodell (West, 2013) (se *Helhetstenkning*). Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse blir ofte kalt «dobbeltdiagnoser», eller ROP-lidelser (rus- og psykisk lidelse). Selv om vi har en egen nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser i Norge (Helsedirektoratet, 2012),

går Malt et al. (2018) bort fra kortnavnet «dobbeltdiagnose» fordi mange av disse pasientene ofte har minst *tre* diagnoser; rus, psykisk lidelse og somatisk sykdom (s. 619). I denne studien vil det tradisjonelle begrepet «ROP-lidelse» bli brukt der de psykiatriske sykepleierne beskriver sine pasienter med samtidig ruslidelse, slik de opplever det.

Sykdomsforståelse

Forståelse av sykdom handler ikke bare om hvordan sykepleiere forstår sykdommer hos sine pasienter, men også om hvordan pasienten selv forstår den, det vil si hvordan pasienten opplever å leve med sin sykdom. *Fenomenologi*, eller fenomenologisk teori ble grunnlagt av den tyske filosofen Edmund Husserl (1859 – 1938) og tar utgangspunkt i meningsfylte former for menneskelig erfaring som avgjør hvordan vi oppfatter, føler og tenker (Svenaesus, 2005, s. 50). Ifølge Svenaesus (2005) er fenomenologi ikke bare en kvalitativ metode i empiriske undersøkelser som har til hensikt å belyse de studerte personers opplevelser og personlige erfaringer. Innen medisin og helsevesen handler fenomenologi om pasientens erfaring med å leve med sykdom og sykepleierens erfaringer med å møte den syke. Svenaesus (2005), hevder at «møtet med pasienten er sentrum i det navet som helsevesenet dreier rundt, og for å beherske kunsten å lytte, kreves det ikke bare praktisk erfaring, men også teoretiske verktøy» (s. 15). En fenomenologisk forståelse og beskrivelse av det opplevde og erfarte er grunnlaget for all fenomenologisk virksomhet, og forutsetter at man som helsearbeider forsøker å legge bort sine egne forkunnskaper, meninger og teorier. Ifølge Svenaesus (2005) kan ikke det biologiske perspektivet, uansett hvor innsiktsfullt det er, erstatte det fenomenologiske perspektivet som omhandler det mellommenneskelige møtet med pasientens egen *livsverden* (se «kapittel 3. Vitenskapsteori og metode»). Årsaken er at fenomenologien bygger på en holdning som tar utgangspunkt pasientens meningsfylte verden, og ikke i biologien. Å forstå og hjelpe et menneske med sykdom omfatter alltid et møte med livsverden, den erfaringen og opplevelsen pasienten har med sykdommen, fordi alle sykdommer har et opplevelsesperspektiv, og «pasienten er først og fremst et sykt *menneske*» (Svenaesus, 2005, s. 54).

Psykiatri er benevnelsen på det medisinske fagområdet som beskjeftiger seg med diagnoser, behandling og forebygging av psykiske lidelser. Psykiske lidelser er således psykiatriens arbeidsfelt (Aarre & Dahl, 2018, s. 15). Innenfor psykiatrien baseres ifølge Svenaesus (2005) diagnosene mer på at man definerer ulike symptomer på fenomenologiske iakttagelser, enn biologiske, mens det innenfor andre områder i medisinen blir stilt diagnoser mer på biologiske undersøkelser. Hvor mye som kreves av de ulike perspektivene vil varierte med

sykdomstype og pasient, men pasienten må møtes og ivaretas med utgangspunkt i begge perspektivene, som et lidende menneske, og som avvikende resultater av biologiske undersøkelser. Psyke og soma er vevd inn i hverandre, og det kan sjelden fastslås hva som er «høna og hva som er egget», det kliniske blikket må være åpent for både det som skapes i dialog med pasienten, og fra biologiske undersøkelser (Svenaesus, 2005, s. 54).

Hermeneutikk, eller fortolkningslære, er ifølge Svenaesus (2005) noe helsearbeideren må bruke i sitt daglige arbeid for å skaffe seg en forståelse av pasientens opplevde erfaring med å leve med sykdom, hun må *tolke*; gjennom å lytte og observere pasienten. Hermeneutikk er ikke et alternativ til fenomenologi, men en forlengelse, en utvikling innen samme emneområde, altså av selve behandlingssituasjonen der helsearbeideren møter pasienten, for å hjelpe. Helsearbeideren er på mange måter sysselsatt med å tolke i sitt arbeid med å forstå den syke, ikke bare det biologiske og det kjemiske, men også et kompleks av tanker og følelser som har utspring i en unik personlighet og identitet. Tolkning av pasienten kan skje på ulike nivåer, som språklig, følelsesmessig eller kroppslig, og for lykkes med å ivareta pasienten kreves det at helsearbeideren vier tid og ressurser til hele pasientens livssituasjon, og slike tolkninger krever varsomhet og dyktighet (Svenaesus, 2005, s. 83-86). «At «patologi» opprinnelig betyr *læren om stemninger*, er kanskje en ledetråd for vår moderne medisin når den trenger stadig dypere inn i biologiens mysterier» (Svenaesus, 2005, s. 83).

Psykiske- og rusrelaterte lidelser er fagområder som omhandler *forståelse*, forebygging og behandling av henholdsvis psykiske lidelser og ruslidelser. Selv om kunnskap om somatisk helse i denne pasientgruppen har ført til klarere standarder for monitorering og oppfølging av somatisk helse i de nye pakkeforløpene, er dagens utfordring i psykisk helsevern og rusbehandling imidlertid at helsearbeiderne, i fellesskap med pasienten, må avgjøre mål og metode for behandling (Legeforeningens ressursgruppe for rus og psykiatri, 2019; Helsedirektoratet, 2019, s. 45). For flere pasientgrupper er det en utfordring at lidelsene i seg selv kan påvirke pasientens evne til å ta autonome og gode vurderinger, slik at de i varierende grad evner å ta gode valg. Her er pasienter med psykiske- og rusrelaterte lidelser overrepresentert, noe som skaper helt spesielle utfordringer for helsearbeidere og helsetjenesten (Legeforeningens ressursgruppe for rus og psykiatri, 2019). Pasienter med alvorlige psykiske lidelser trenger tid for å gjøre seg forstått, og de presenterer ofte uklare symptomer som kan være uttrykk for somatisk sykdom eller psykisk sykdom, eller begge deler (Den norske legeforening, 2019). Ifølge HOD (2019) forventes det at pasienten deltar

aktivt i egen helse og behandling, og helsepersonell skal vurdere pasientens *helsekompetanse*, og tilpasse kommunikasjonen med pasientene deretter. Helsekompetanse er definert som; «personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstils-valg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten» (HOD, 2019, s. 18). Den enkeltes helsekompetanse har således stor betydning for evnen til deltakelse i egen helse (HOD, 2019).

Sykdomsforståelse, eller svar på spørsmålet om hva sykdom er, avhenger ifølge Hofmann (2014) hvem man spør, og det finnes ulike perspektiver på sykdom. Sykdomsforståelse endrer seg også med tiden, og avhenger av vårt syn på verden, kunnskap og på vitenskap. Grunnen til at dette er av betydning er fordi sykdomsforståelse kan oppklare misforståelser mellom helsepersonell og pasient. For eksempel oppfattes sykdom ofte av helsepersonell som noe objektivt i form av diagnoser, prognoser, etiologi etc., mens pasienten ofte forstår sykdommen gjennom subjektive, situasjonsbestemte symptomer. Det er viktig at helsepersonell er åpne for pasientens unike situasjon som syk, og tar hensyn til hans eller hennes sykdomsforståelse og opplevelse av å være syk, under behandling og pleie. En fenomenologisk tilnærming av pasientens sykdomsforståelse kan bidra til en felles forståelse av individets opplevelse av sykdom (Hofmann, 2014, s. 147-148).

Sosiale nettverk og ensomhet

Mennesker er av natur sosiale vesen som trenger trygge og sosiale omgivelser for å overleve, og det å ha tilfredsstillende sosiale forhold og tilhørighet er ikke bare forbundet med psykologisk og emosjonell velvære, det har også en betydelig positiv effekt på vår fysiske helse og levetid (Holt-Lunstad et al., 2015; Mushtaq, Shoib, Shah & Mushtaq, 2014). Ifølge Hansen & Slagsvold (2016) er ensomhet sterkt assosiert med lavere sosioøkonomisk status, dårligere helse, og det er mindre ensomhet blant personer med god økonomi, god helse og i land med gode velferdsordninger. Skårderud et al. (2018) fremholder at personer med psykiske plager og lidelser er mest utsatt for ensomhet (kap. 28). Ifølge Stickley et al. (2016) kan manglende sosial kontakt og ensomhet være ekstremt smertefullt og skape kvaler som i ytterste konsekvens kan være livstruende. Teorier om sosial isolasjon og ensomhet skiller ofte mellom sosial isolasjon som *objektivt* målbart, og ensomhet som en *subjektiv* opplevelse av sosial isolasjon, en subjektiv emosjonell tilstand av å *føle seg ensom* (Anderson, 1998; Holt-Lunstad et al., 2015). Selv om flere studier ikke viste forskjell i sykkelighet og dødelighet

mellom objektiv sosial isolasjon, og subjektiv ensomhet, er det ifølge Jareg (2015) selve følelsen av å kjenne seg ensom som er skadelig, og det å være alene er ikke nødvendigvis det samme som å være ensom. Denne teorien støttes av Luo, Hawkley, Waite & Cacioppo (2012) som fremholder at det er *følelsen av ensomhet* som er farlig for somatisk og psykisk helse.

Ifølge Stickley et al. (2016) er ensomhet blant ungdommer assosiert med hyppigere somatiske symptomer i form av smerter, hodepine, mage- tarmproblemer og psykosomatiske symptomer. Mushtaq et al. (2014) fremholder at ensomhet er assosiert med både psykiske lidelser, og somatiske sykdommer som diabetes, hjerte- og karsykdommer, fedme, tidlig aldring og kreft. Det foreligger flere teorier på hvorfor sosial isolasjon og ensomhet påvirker somatisk helse og tidligere død. Eksempelvis at ensomhet og sosial isolasjon er forbundet med dårligere livsstil, inkludert røyking, mindre fysisk aktivitet og dårlig søvn. Ensomhet og sosial isolasjon er også assosiert med helse-relevante biologiske prosesser som høyt blodtrykk, forhøyede betennelses parametere (C-reaktiv protein), høyt kolesterol og dårligere immunforsvar, men disse faktorene er lite studert samtidig, og man vet ikke med sikkerhet hvilken relativ, eller synergieffekt de har (Holt-Lunstad et al., 2015).

Stigmatisering

Stigma betyr egentlig brennemerking og stammer fra det gamle Hellas der grekerne merket sine forbrytere og forrædere med kniv eller brennejern for å markere deres umoral eller manglende evne eller vilje til å oppfylle de sosiale forventningene i samfunnet. Merkene som ble påført ble kalt *stigma*, og skulle skille de merkede individene fra andre gode borgere (Dahl, 2012, s. 236). Stigma og stigmatisering er kanskje mest kjent fra den amerikanske sosiologen Erving Goffman (1922 – 1982) som brakte begrepet stigma inn i samfunnsfagene på 1960-tallet (Dahl, 2012). Den klassiske og kanskje mest kjente definisjonen av stigma er fra Goffman`s bok, «Stigma. Notes on the Management of spoiled Identity» (1963), der Goffman beskriver stigma som; «en egenskap som er dypt diskrediterende [og således reduserer noen] fra en hel og vanlig person til et bedervet, nedvurdert menneske» (Goffman, 1968, s. 12-13). Et stigma består i virkeligheten av en spesiell form for relasjon mellom en egenskap og en stereotyp klassifisering av mennesker (Goffman, 1968, s. 14). Ifølge Sartorius (2002) er stigma knyttet til psykisk sykdom, og menneskene som har det, et hinder for god behandling og livskvalitet, og viser til at helsepersonell kan ha negative holdninger til mennesker med psykiske lidelser. Ett eksempel er at helsepersonell innen psykisk helsevern, i

noen europeiske land, bad om lengre ferie og høyere lønn enn sine kolleger i somatikken, fordi de jobbet med psykisk syke pasienter, som er farlige (Sartorius, 2002).

Stigmatisering beskrives som en sosial prosess med tre ledd: 1) Identifisering av sosialt negative egenskaper (stereotypier: «Psykiatriske pasienter er voldelige»), 2) Utvikling av negative følelsesreaksjoner mot avvikerne (fordommer: «De gjør det utrygt å bo her») og 3) Å utsette gruppen for begrenset sosialt handlingsrom (diskriminering: «Psykiatriske pasienter kan ikke få leilighet i vårt borettslag») (Dahl, 2012, s. 236; Aarre & Dahl, 2018, s. 31).

Stigmatisering kan ramme både enkeltpersoner og grupper og kjennetegnes ved at grupper skiller mellom dem som er normale og dem som er annerledes, mellom «oss» og «dem», og foreligger når elementer av benevnning, stereotypier, fordommer, diskriminering og statusskap skjer i en maktsituasjon som tillater det (Dahl, 2012, s. 312). Ifølge Dahl (2012) er det veldokumentert at personer med psykiske lidelser fortsatt er utsatt for stigmatisering i dagens norske samfunn, og innenfor norsk helsevesen (s. 312).

Selvstigmatisering, eller selvstigma, er en viktig del av stigmatiseringsprosessen ved psykiske lidelser (Corrigan & Watson, 2002; Dahl, 2012, s. 241-243). Corrigan & Watson (2002) skiller mellom offentlig stigma, som retter seg mot en gruppe i samfunnet, og selvstigma. Selvstigma skiller seg fra offentlig stigma ved at individet godtar stereotypiene om gruppen han/hun tilhører, og bygger på at individet har kjennskap til, og sier seg enig i stereotypien, og gjør den til sin egen ved å ta den inn over seg (internalisering). Konsekvensene er en spiral med negative følelser, dårligere selvfølelse, selvbebreidelse og nedsatt mestringsevne. Selvstigmatiserende individer kan bli preget av atferd som bekrefter fordommer (ikke i stand til å jobbe eller skaffe seg bolig) «så hvorfor prøve?» (Corrigan & Watson, 2002; Dahl, 2012, s. 241-242). Noen individer kan imidlertid reagere på selvstigma med sinne og protest som bidrar til økt makt over egen situasjon (Empowerment) (Dahl, 2012, s. 242).

Stigma medfører at personer med alvorlig psykisk sykdom får en dobbel utfordring, en dobbel belastning. På den ene siden sliter de med symptomer og funksjonshemninger som følge av sykdommen, og på den andre siden blir de utfordret av stereotypene og fordommene som skyldes misforståelser om psykiske lidelser (Corrigan & Watson, 2002). WHO (2015; 2018) beskriver stigma som en risikofaktor som påvirker helsen negativt, og bidrar til å øke dødelighet blant personer med alvorlige psykiske lidelser både på individnivå og på samfunnsnivå (s. 7-11).

2.2 Somatisk helse ved alvorlige psykiske lidelser

Ifølge HOD (2019) kan personer med alvorlige psykiske lidelser forvente å leve 15-20 år kortere enn normalbefolkningen, og ifølge Denison et al. (2020) skyldes disse tapte leveårene i all hovedsak forekomst av somatisk sykdom (s. 6). Eksempelvis er forekomsten av hjerte-karsykdommer 2-3 ganger høyere enn forventet i denne pasientgruppen, og risiko for å dø av hjerte-karsykdom ligger mellom 35% - 250% høyere enn det man forventer i normalbefolkningen, med variasjoner mellom ulike kategorier alvorlig psykisk lidelse, og nasjonalitet (DE Hert et al., 2011, s. 58). I tillegg til hjerte-karsykdommer beskrives overhyppighet også av en rekke andre somatiske sykdommer hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som; luftveissykdommer, infeksjonssykdommer, kreft, metabolsk syndrom, mage- tarmsykdommer og muskel- skjelettsykdommer (DE Hert et al., 2011). Teorier om etiologi inkluderer genetikk og livsstilsfaktorer så vel som sykdomsspesifikk behandlingseffekt, og at denne pasientgruppen har betydelig flere risikofaktorer som røyking, overvekt, inaktivitet, diabetes og dyslipidemi (DE Hert et al., 2011; Nordentoft et al., 2013).

Ifølge Nordentoft et al. (2013) er alvorlig psykisk lidelse ikke bare er en risiko i seg selv for somatisk sykdom, det er også en systemsvikt i helsevesenet der man ikke tilstrekkelig klarer å identifisere og behandle somatiske sykdommer hos disse pasientene som er innlagt på sykehus. Personer med psykiske lidelser får i tillegg mindre behandling for somatiske sykdommer enn pasienter uten psykiske lidelser, og bivirkninger av legemidler, rusmiddelbruk og dårlig livsstil spiller en viktig rolle (Nordentoft et al., 2013; Storm, 2018). ROP lidelser øker risikoen for somatiske sykdommer ytterligere, og dødeligheten grunnet somatiske sykdommer ved samtidig ruslidelse og psykisk lidelse er over dobbelt så høy som ved bare schizofreni, alvorlig depresjon eller bipolar lidelse (Denison et al, 2020, s. 16; Nordentoft et al., 2013). Kunnskap om sammenhenger mellom psykiske lidelser og somatisk sykdom er ikke fullstendig kartlagt, men er raskt voksende og har åpnet for en rekke spennende studier og hypoteser. Blant annet om at det autonome nervesystemet, hormonsystemet og immunologiske signaler påvirker hverandre gjensidig og innvirker på både biologiske prosesser, atferd og følelser (Aarre & Dahl, 2018, s. 519).

Storm (2018) fremholder at personer med alvorlige psykiske lidelser ikke får tilstrekkelig hjelp for sine livsstilssykdommer, og viser til at middelaldrende personer med alvorlig psykisk sykdom i liten grad har fått opplæring i livsstilsendring og hvordan de kan mestre sin somatiske sykdom. WHO (2015) fremholder at det ikke er uvanlig at somatisk helse hos

personer med psykiske lidelser blir ignorert, ikke bare av pasienten selv og personer rundt dem, men også av helsevesenet (s. 5). Dette støttes av HOD (2019) om at vanlige somatiske sykdommer og livsstilutfordringer ofte ikke blir sett, eller fanget opp i denne pasientgruppen, og selv om mange får god hjelp, finnes det potensiale for bedre forebygging og behandling av somatiske sykdommer i denne gruppen der samhandling og bedre systemer står sentralt. Det stilles store krav til helsetjenesten med å følge opp pasienter med alvorlig psykisk sykdom og sammensatte behov (HOD, 2019, s. 67), men hvis kommuner og helseforetak lykkes med å utnytte dette potensialet kan det gi stor helsegevinst i denne gruppen (HOD, 2019, s. 17).

Somatisk kompetanse

Allerede i 2001 beskrevet Statens helsetilsyn (2001) somatisk kompetanse som noe fagfolk innen psykisk helsevern bør inneha for å møte utfordringene i helsetjenesten. Det ble lagt vekt på at helsepersonell i både spesialist- og primærhelsetjenesten må ha god nok kompetanse i form av *kunnskaper og ferdigheter* på ulike områder, herunder somatisk. Ferdigheter krever trening og øvelse, mens kunnskap fordrer utdanning, forskning og utviklingsarbeid (Statens helsetilsyn, 2001). I 2018 var ifølge HOD (2019) en tredjedel av årsverkene i psykisk helsevern sykepleiere, med eller uten videreutdanning (s. 128). Blant sykepleiere innen psykisk helsevern var det ifølge Melbye et al. (2017) så mange som fire av ti sykepleiere som i liten grad, eller ikke i det hele tatt jobbet med somatisk helse, noe som kan tyde på at somatisk helse i for liten grad vektlegges med tanke på at svært mange pasienter innenfor psykisk helsevern også har somatiske plager (Melbye et al., 2017, s. 30).

Den rammeplanstyrte *tverrfaglige* videreutdanningen innen psykisk helse- og rusarbeid har ifølge HOD (2019) høy kvalitet med tanke på brukermedvirkning og tverrfaglig forståelse, men synes ikke å være god nok for sykepleiefaglig klinisk kompetanse. Den nye masterutdanningen i psykisk helse- og rusarbeid rettet mot sykepleiere skal øke kvaliteten i behandlingen av pasienter med psykiske- og rusrelaterte problemer, med ekstra fokus på somatisk kompetanse og tverrfaglig tilnærming til denne pasientgruppen. Utviklingsarbeidet med den nye masterutdanningen starter høsten 2020 (Kunnskapsdepartementet, 2020).

Personer med psykiske- og rusrelaterte lidelser utgjør, på grunn av sin reduserte gjennomsnittlige levealder, en av de største helseforskjellene vi har i Norge i dag, og en viktig grunn er at de ikke får god nok utredning og behandling av somatisk sykdom (Kunnskapsdepartementet, 2020). Det vil imidlertid ta tid før tiltaket gir tilstrekkelig antall kandidater som har fullført utdanningen, og i mellomtiden må behovet møtes ved å

videreutvikle kompetansen hos dagens sykepleiere (HOD, 2019, s. 128-129). Å utvikle somatisk kompetanse i form av *kunnskaper* og *ferdigheter* krever blant annet at sykepleierne jobber kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis innebærer å integrere forskningsbasert kunnskap med kliniske ferdigheter og pasientens verdier og preferanser (Vandvik & Eiring, 2011).

Forebygging av somatisk sykdom

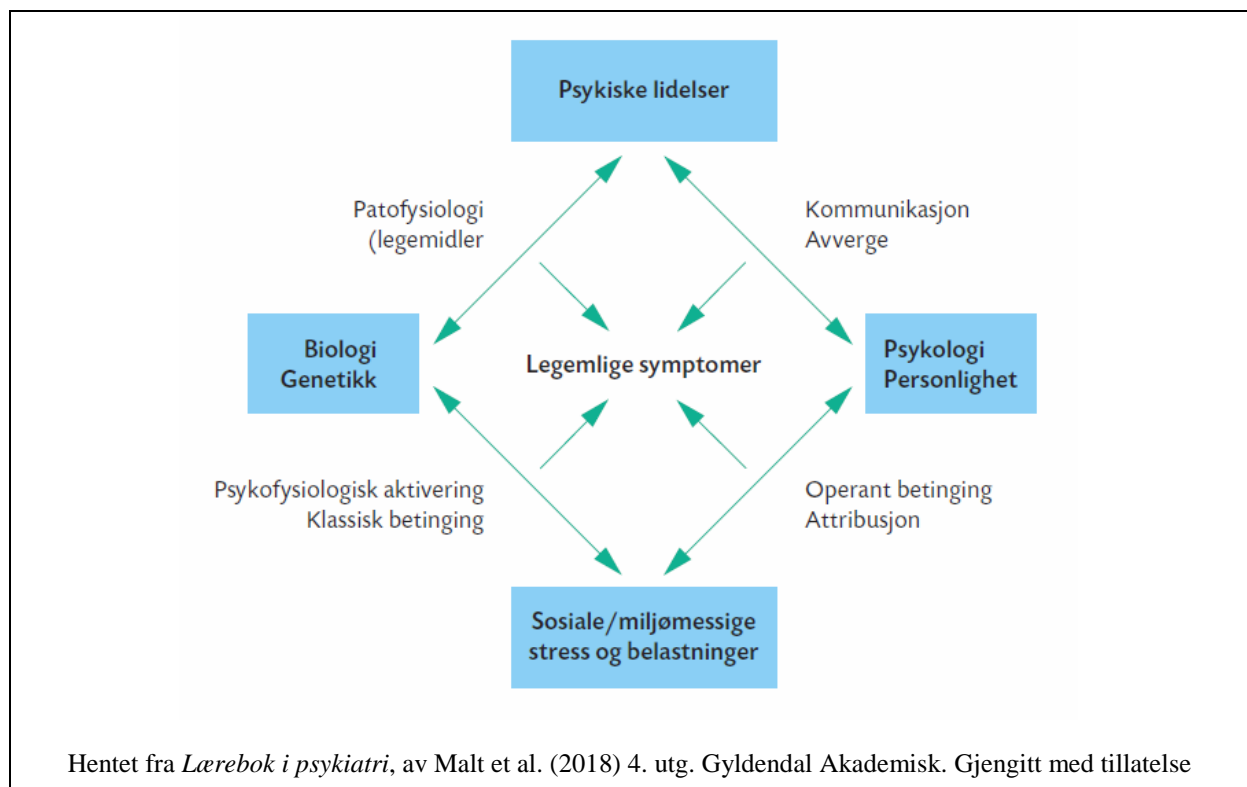
Hos personer med alvorlig psykisk lidelse handler ikke forebygging av somatisk sykdom bare om helsefremmende tiltak som livsstilsendringer hos individet, men også om forhold ved helsetjenesten og sosiale forhold (Denison et al., 2020; WHO, 2015). Ifølge Denison et al. (2020) kan individuelle faktorer være knyttet til sykdomsspesifikke forhold som alvorlighetsgrad og symptomer, men også atferd som livsstil og motivasjon hos den enkelte. Forhold ved helsetjenesten er eksempelvis begrenset adgang til tjenester eller manglende koordinering av tjenester og avvik fra optimal behandling. Eksempler på sosiale faktorer er sosioøkonomiske forhold, sosial isolasjon og ensomhet og stigmatisering (Denison et al., 2020, s. 16).

Intervensjoner som har til hensikt å forebygge somatisk sykdom i den generelle befolkningen antas å ha mindre effekt hos personer med alvorlig psykisk lidelse på grunn av kognitive mangler og spesielle behov i denne gruppen, og fordi slike tiltak i stor grad krever en skreddersydd tilnærming (WHO, 2015, s. 12). Ifølge Denison et al. (2020) viste helsefremmende tiltak for å forebygge somatiske sykdommer hos personer med psykiske lidelser ingen effekt på sykkelighet og dødelighet, men kan muligens gi bedre livskvalitet og lindre symptomer på psykisk lidelse, og bedre etterlevelse av medisiner (s. 38). Personer med psykiske lidelser har flere livsstilsrelaterte risikofaktorer som i sin tur kan bidra til somatiske lidelser og overdødelighet. Eksempelvis er denne gruppen mindre fysisk aktiv, har et kosthold med høyt inntak av mettet fett og lavt inntak av fiber og frukt, og har høyere forekomst av røyking og alkoholinntak, sammenliknet med psykisk friske. Tiltak for å fremme sunne levevaner kan således ha en forebyggende effekt på somatisk sykkelighet i denne gruppen (Denison et al., 2020, s. 17).

Helhetstenkning; psyke og soma

Psykiatrisk sykepleie har ifølge Hummelvoll (2014) sine røtter i generell sykepleie der tenkningen rundt arbeidet med pasienten har hatt – og har – et tydelig personorientert fokus, der enkeltmennesket blir betraktet ut fra holistisk perspektiv. Med dette menes «at man ser den enkelte pasient som en kompleks, integrert *helhet* med en fysisk, emosjonell, sosial,

kulturell og åndelig dimensjon» (Hummelvoll, 2014, s. 8). «Helt – ikke stykkevis og delt» (Hummelvoll, 2014, s. 7) angir et verdiuttrykk for psykiatrisk sykepleie og psykisk helse, at god omsorg forutsetter at man ser, forstår og møter den enkelte pasient med sin lidelse, sine ressurser i sin livssammenheng. Også Malt et al. (2018) fremholder at det må legges en helhetlig tenkning til grunn i forståelsen av psykiske lidelser, og at det i dag er allmennkunnskap at biologi og psykologi («kropp og sjel») er to sider av samme sak, og harmoni oppstår bare når disse to forenes (s. 523). Ifølge Malt et al. (2018) er psykiatri et fag som kan være komplekst, fordi det favner vidt fra biologi til psykologi, sosiale og kulturelle forhold, og ofte finnes det ikke bare én enkelt løsning på pasientens symptomer. For å finne frem til den beste behandlingen for den enkelte pasient trengs kunnskap om biologi, psykologi og det sosiale, som familie, nettverk og kulturelle rammebetingelser. Vi må anlegge et biopsykososialt (og kulturelt) perspektiv (Se *Figur 1.*) i møte med pasienter med psykiske lidelser (Malt et al., 2018, s. 135).



Figur 1. Illustrasjon av et biopsykososialt perspektiv

Eksempler på dimensjoner som bør sees i et biopsykososialt perspektiv er legemlige symptomer (Malt et al., 2018), som når kroppslige symptomer dominerer pasientens plager uten at det kan påvises noen somatisk sykdom. Ifølge Dahl, Aarre, & Loge (2014) kalles

kroppslige symptomer og plager som er utløst av psykologiske faktorer som belastninger og stress *psykosomatisk*, eller somatiseringslidelse og plasseres i ICD-10 under somatoforme lidelser (Helsedirektoratet, 2020). Somatoforme lidelser er enkeltvis og ikke fullstendig karakterisert som gruppe (Dahl et al., 2014, s. 204-205).

I den sosiale dimensjonen av helhetstenkning fremholder Malt et al. (2018) at personer med alvorlige psykiske lidelser ofte har negative følelser om seg selv, noe som gjør dem sårbare for ensomhet (s. 620). I en felles psykologisk forståelse av alvorlige psykiske lidelser med paranoide symptomer er det antakelse om underliggende engstelse og utrygghetsfølelse, samt en utrygghetsprovokasjon. Personer som utvikler vrangforestillingslidelser blir oppfattet som mer krenkbare, og en utrygghetsprovokasjon rammer primært tre hovedområder; *selvfølelsen*, *kroppen* (somatisk sykdom) og *sosial tilknytning* (sosial isolasjon). Eksempelvis kan sosial isolasjon hos flyktninger, fanger eller immigranter øke risikoen for vrangforestillinger, særlig om forfølgelse. Den sosiale tilknytningen er brutt eller svekket og kan skape angst og utrygghet som paradoksalt nok kan gi pasienten en opplevelse av «forståelse», en gjenoppretting av kontroll og oversikt (Malt et al., 2018, s. 397). Depressive lidelser kan medføre både emosjonell isolasjon i form av at man bli mer taus, og snakker mindre, men også at man trekker seg bort fra andre, og blir sosialt isolert (Malt et al., 2018, s. 418).

2.3 Organisering av tjenestetilbudet

Samhandlingsreformen (2008-2009) (HOD, 2009) var ifølge Iversen & Hauksdottir (2020) et veiskille i organiseringen av helse- og velferdstjenestene i Norge, en «retningsreform» (s. 19). Bakgrunnen for reformen var at vi får flere eldre, flere syke og flere som trenger hjelp over lengre tid og køene i spesialist-helsetjenestene vokste. Norge er blant landene i OECD (Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling) som bruker mest offentlige helse-kroner per person, og man ønsket en mer bærekraftig utvikling av helse- og velferdstjenestene (HOD, 2009; Iversen & Hauksdottir, 2020). Ett av hovedmålene i samhandlingsreformen var å fremme samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i tillegg til at overføring av ansvar til kommunehelsetjenesten skulle bidra til at tjenestene kunne sentreres rundt pasienten og hans eller hennes behov for behandling (Iversen & Hauksdottir, 2020). Samhandlingsreformen har fått stor betydning for en helhetlig og fremtidsrettet tenkning om helsetjenesten, der samordnede og koordinerte tjenester gjennom tverr-profesjonelt samarbeid er styrende (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 19-21).

Et eksempel på at samhandlingsreformen har gitt resultater i form av samordna tjenester er det nye sykehuset Østfold på Kalnes som er det første nybygde sykehuset hvor psykisk og somatisk helsevern er samlokalisert, med integrerte, koordinerte tjenester under samme tak med tanke på gode pasientforløp (NSF, 2017). Ifølge NSF (2017) vil integrert somatisk og psykisk helsehjelp gi alminneliggjøring og mindre stigma, styrket samhandling og en mer helhetlig og tverrfaglighet pasientbehandling, samt tilgjengelig somatisk og psykisk kompetanse (s. 9).

Utfordringsbildet innen dagens psykisk helsevern er ifølge HOD (2019) blant annet behov for å videreutvikle tjenestene gjennom bedre samhandling og bruk av teknologi. Eksempelvis er det ikke god nok systematikk og rutiner for somatisk undersøkelse og behandling, og fortsatt mangelfull samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus har til hensikt å adressere disse utfordringene (HOD, 2019, s. 57). Ett av målene, og et særlig fokus i pakkeforløp for psykisk helse og rus, er bedre ivaretagelse av somatisk helse og gode levevaner, med begrunnelse i at «psykiske lidelser, somatiske sykdommer og problematisk bruk av rusmidler henger sammen og bør behandles under ett» (Helsedirektoratet, 2019, s. 5). Kunnskapsdepartementet (2020) fremholder at psykiske helsetjenester, rusbehandling og somatikk må henge bedre sammen enn det gjør i dag, og den nye masterutdanningen for sykepleiere skal bidra til nettopp dette, og vil være et viktig kompetanseløft for å øke kvaliteten i behandlingen av pasienter med psykiske lidelser.

Tverrfaglighet, eller tverrfaglig arbeid karakteriseres ifølge Orvik (2015) av involverende og forpliktende samhandling mellom ulike faggrupper der arbeidsformen preges av felles målsetting og tilnærming som et team. For eksempel der ernæringsfysiolog, lege og sykepleier jobber med ungdommer med alvorlige spiseforstyrrelser. Begrepet *tverrfaglig* har blitt stadig mer utfordret med begrunnelse i at det har skapt forvirring i klinisk sammenheng (Orvik, 2015, s. 241). Argumentene har vært at tverrfaglighet egentlig handler om å utvikle integrert kunnskap som svar på fragmentert kunnskap, og at man trenger et begrep som kan beskrive den helhetlige praksisen som utøves av profesjonelle fra *samme* organisasjon, og av faktorer som påvirker denne praksisen. Man trenger også begreper som beskriver klinisk arbeid mellom profesjoner fra *ulike* organisasjoner. Med dette bakteppet ble begrepet *tverrprofesjonalitet* introdusert som et samlebegrep, som en bro mellom tverrprofesjonell praksis og tverrprofesjonell utdanning (D'Amour & Oandasan, 2005, s. 8; Orvik, 2015, s. 241). Ifølge Orvik (2015) er begrepet tverrfaglig delvis faset ut til fordel for *Tverrprofesjonelt*

som blir stadig mer brukt, blant annet av Verdens helseorganisasjon som har introdusert uttrykket tverrprofesjonell samhandlingspraksis om praksis der pasient- og bruker-medvirkning inngår (WHO, 2010; Orvik, 2015, s. 243). Tverrprofesjonell samhandling i helse- og omsorgssektoren er ifølge Iversen & Hauksdottir (2020) et klart sosialpolitisk mål som blant annet kommer til uttrykk i ny forskrift om felles rammeplan og nasjonale retningslinjer (RETHOS) for helse- og sosialfagutdanningene. Tverrprofesjonell samarbeids-læring (TPS) er også blitt en felles læringsutbyttebeskrivelse for kompetanse etter endt studieforløp i nevnte fag (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 5).

Selv om målet innen psykisk helsevern er bedre kvalitet og effektivitet i et helhetlig tjenestetilbud, kan høy grad av spesialisering innen helsetjenesten utfordre samhandling på den måten at hver enhet bygger opp spesialisert kunnskap, erfaring og ferdigheter rundt et avgrenset tema eller oppgave. Man kan si at spesialisering gir spisskompetanse innen enkelte områder, sykdomstyper eller kroppsdelar, samtidig som det bidrar til kunstig oppstyking av pasientens problematikk og livsutfordring. Når ulike sykdommer behandles hver for seg, ofte på ulike geografiske steder, kan man si at spesialiseringen fører til økt behov for tverrprofesjonell samhandling og koordinering, som igjen går ut over pasienter med langvarige og sammensatte helsebehov. (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 30).

3 Vitenskapsteori og metode

I dette kapittelet presenteres metoden, selve fremgangsmåten som ble brukt til å besvare problemstillingen i studien, og det redegjøres for valg av forskningsmetode, utvalg og rekruttering, arbeidet med intervjuene, inkludert transkribering og analyse. Også etiske vurderinger, personvern og min rolle som forsker blir her presentert.

3.1 Valg av forskningsmetode

Med utgangspunkt i problemstillingen er det i denne studien ønskelig å gå i dybden for å søke etter kunnskap og forståelse av sykepleieres opplevelser. Ifølge De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010) er kvalitative forskningsmetoder bygget på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi) og en egnet metode til systematisering av, og innsikt i menneskelig opplevelse og erfaring. På områder med lite forskningsbasert kunnskap fra før, kan kvalitative forskningsmetoder være velegnet til å bringe frem i lyset fenomener som har vært lite undersøkt, og til å utvikle velegnede begreper for å studere slike fenomener (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Kvalitative forskningsintervju er en anerkjent metode der man forsøker å forstå verden sett fra intervjupersonens side gjennom å skape mening og forståelse om et bestemt tema. I dette tilfellet somatisk helse ved alvorlige psykiske lidelser. Intervjuene skjer ved å bruke samtaleferdigheter og vår evne til å stille spørsmål. Intervjuundersøkelser er et håndverk, og for å gjøre det skikkelig kreves det at man følger noen praktiske trinn. Kvale & Brinkmann (2015) beskriver disse trinnene som intervjuundersøkelsens syv faser; «1) tematisering, 2) design, 3) intervjuet, 4) transkripsjon, 5) analyse, 6) verifisering og 7) rapportering» (s. 137). Målet med denne oppgaven er å belyse problemstillingen gjennom disse syv fasene.

Forskningsintervjuet som er valgt i denne studien er av Kvale & Brinkmann (2015) beskrevet som *semistrukturerte livsverdenintervju* der hensikten er å hente frem beskrivelser om informantens livsverden, om kunnskap som er grundig utprøvd (s. 22). Semistrukturerte livsverdenintervju kan brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra deltakerens egne perspektiver og søker å innhente beskrivelser av deltakerens livsverden, og spesielt fortolkninger av meninger med fenomener som blir beskrevet. Dette forskningsintervjuet kan likne på en dagligdags samtale, men er et profesjonelt intervju som har et formål. At intervjuet er *semistrukturert* betyr at det verken er en åpen samtale, eller en lukket, for

eksempel spørreskjemasamtale. Intervjuet gjøres etter en intervjuguide som konsentrerer seg om bestemte temaer der forskeren definerer og styrer samtalen. Intervjuet blir som regel tatt opp på lydopptaker og skrevet ut i skriftlig form. Sammen danner lyd og tekstmaterialet grunnlaget for meningsanalysen. At det er et *livsverdenintervju* handler om at forskningsintervjuet tar for seg de intervjuedes levde hverdagsverden som emne (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46).

Livsverden er et filosofisk og sosiologisk begrep som ble utviklet av filosofen Edmund Husserl (1859 – 1938). Livsverden er det meningsmønsteret som utgjør bakgrunnen for våre bevissthetshandlinger, altså ulike meningsfylte former for menneskelig erfaring, tanker og følelser – kort sagt de måtene vi er til på som mennesker (Svenaesus, 2005, s. 45-51). Begrepet livsverden brukes innen fenomenologisk filosofi og beskriver den «verden» vi som enkeltmennesker lever i, den enkeltes personlige opplevde verden – en subjektiv verden (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011, s. 70).

Kvalitative metoder gjør seg i dag sterkt gjeldende i flere disipliner, blant annet i sykepleievitenskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 30). Studien har ikke til hensikt å definere sannheter eller konkrete svar, men å få frem psykiatriske sykepleiere sine opplevelser og utfordringer i lys av relevante teoretiske perspektiver, samt min egen kunnskap og erfaringsbakgrunn som forsker. På bakgrunn av dette er det naturlig med en kvalitativ tilnærming basert på et *fenomenologisk hermeneutisk* perspektiv.

Fenomenologi tar ifølge Kvale & Brinkmann (2015) utgangspunkt i Edmund Husserl (1859 – 1938) sin filosofi, og som metode innen kvalitativ forskning brukes fenomenologien der det primære studieobjektet er bevisstheten, og hvordan fenomener framtrer for den enkelte i et førstepersonsperspektiv (s. 44-47). Ifølge Tjora (2017) vil en metodologisk tilnærming relatert til fenomenologien være særlig basert på bruk av dybdeintervjuer. «*Dybdeintervjuer* brukes som betegnelse på et kvalitativt intervju (også kalt *semistrukturert intervju*) som innebærer preg av en samtale mellom intervjuer og informant» (Tjora, 2017, s. 257). Her forsøker vi som forskere å få deltakere til å sette ord på hvordan de opplever sin verden, som regel knyttet til et avgrenset tema eller fenomen (Tjora, 2017, s. 27). Sagt på en annen måte; «*fenomenologi* er en filosofisk og sosiologisk retning som kjennetegnes av en opptatthet av hvordan fenomener og situasjoner *oppleves*» (Tjora, 2017, s. 258). En fenomenologisk tilnærming innebærer at jeg som forsker må ha forståelse for informantenes subjektive

opplevelser fra fenomener i lys av hans/hennes livsverden, uten å rette kritisk oppmerksomhet mot den enkeltes subjektive opplevelse og erfaring. Essensen av fenomenene beskrives så nøyaktig som mulig, inkludert relasjoner til andre fenomener (Malterud, 2017). I denne studien vil disse fenomenene være knyttet til spesialsykepleiernes opplevelser og erfaringer med å ivareta den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

Hermeneutikk handler som regel om fortolkningslære. Læren om tolkningens forutsetninger og muligheter går i filosofihistorien under navnet hermeneutikk (Svenaesus, 2005, s. 85). Nilsson (2007) gjengir Gadamer (1900 – 2002) sin beskrivelse av hermeneutisk filosofi som erfaringens vei. Således kan hermeneutikken bli et verktøy for vår forståelse, for å tolke og «lese», i dette tilfellet de intervjuede spesialsykepleiernes fortellinger og kroppsspråk som en helhet, og på den måten få en dypere og meningsfull forståelse.

3.2 Min rolle som forsker

Som masterstudent som skriver en masteroppgave, befinner jeg meg i en spesiell posisjon. På den ene siden er jeg fortsatt student, i en læringssituasjon, der jeg skriver en *oppgave* som blir gjenstand for vurdering. På en annen side trer jeg inn i en forskerrolle, jeg gjennomfører en selvstendig vitenskapelig *studie* som kan bidra til kunnskapsutvikling (Stock, 2012). Denne masteroppgaven vil derfor bli omtalt som både «oppgaven» og «studien». I rollen som student og forsker har jeg selv sykepleiefaglig bakgrunn, og oppgavens tema og problemstilling har et sykepleiefaglig perspektiv. Forhåpentligvis vil oppgaven være relevant også for andre yrkesgrupper.

Forskerens rolle er generelt avgjørende for *kvaliteten* på den vitenskapelige kunnskapen og de etiske valgene som gjøres i kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015). Det legges spesielt vekt på integritet og hans personlige egenskaper, men også moralsk ansvarlig forskningsatferd som er noe mer enn abstrakt etisk kunnskap og kognitive valg. Forskerens rolle er også forbundet med hans empati, sensitivitet og engasjement i både moralske spørsmål og moralsk handling. Betydningen av forskerens integritet er større i forbindelse med intervju, fordi jeg som intervjuer selv, er det viktigste redskapet for å innhente kunnskap. Fortrolighet og etiske retningslinjer kan hjelpe meg som forsker med å treffe valg som veier etikken opp mot vitenskapelige hensyn i denne studien. Når det kommer til stykket er det

allikevel min integritet som forsker – min kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet som er avgjørende faktorer for kvaliteten på forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108).

Kvale & Brinkmann (2015) viser til at det også stilles krav til den vitenskapelige kvaliteten på kunnskapen som *legges frem* av forskeren. Eksempelvis at offentliggjøring av funn er så nøyaktig og representativ for forskningsområdet som mulig, og at prosedyrene som danner grunnlaget for funnene er transparent. Det blir derfor viktig med en grundig beskrivelse av prosedyrer og metode som er brukt, og som danner grunnlaget for funnene i studien.

Forskningens *uavhengighet* kan også påvirkes av personene som er involvert i prosjektet. Dette kan skje både «ovenfra» og «nedenfra» ved at forskeren kan ha tilknytning til en av gruppene og på den måten ignorere visse resultater eller legge vekt på andre, noe som kan gå ut over en så fullstendig og nøytral undersøkelse av fenomenene som mulig. For eksempel kan forskeren, på grunn av nære interpersonlige (mellommenneskelige) samspill i intervju-situasjonen, være spesielt tilbøyelig til å la seg påvirke. «Han kan indentifisere seg så sterkt med deltakerne at han ikke opprettholder en profesjonell avstand, men i stedet rapporterer og fortolker alt ut fra sine deltakers perspektiver – de blir innfødte» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108).

Dette underbygges av De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010) innen medisin og helsefag som peker på at det ved kvalitative studier er en viktig forutsetning med nærhet til feltet, samtidig med at forskeren har en *refleksiv* holdning for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning. Det forventes at forskeren er seg bevisst og kan redegjøre for, og kritisk vurdere de etiske og vitenskapelige utfordringene ved ulike forskerroller. *Refleksivitet* innebærer at jeg som forsker evner å se betydningen av egen rolle i samhandling med deltakerne, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene, og den forforståelsen jeg bringer med meg inn i prosjektet. Det forventes refleksjoner over egen forskerrolle, samt en redegjørelse for hvordan jeg som forsker vil møte aktuelle problemstillinger knyttet til denne rollen, både i planleggingen og i gjennomføringen av studien (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Min nærhet til feltet består i at jeg for det meste av mitt yrkesaktive liv har jobbet med kliniske studier innen ulike terapiområder, inkludert psykisk helse. Således dreier mye av min forforståelse seg rundt forskning og forskningsmetoder. Riktignok mest kvantitativ forskning og tenkemåter, men mange av grunnprinsippene er de samme innen kvantitative og kvalitative

metoder. For eksempel etiske hensyn, frivillighet og prosessen rundt informert samtykke m.m. Begge metodene krever godkjenning(er) og skal følge; «... velkjente vitenskapelige premisser med systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling, der prosessen er tilgjengelig for innsyn og utfordring, og resultatene deles med andre». (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). I tillegg har jeg også jobbet som sykepleier innen både somatisk og psykisk helsevern i flere år, og har i studiet hatt praksis i kommunal Rus- og psykiatritjeneste. Selv om mitt daglige arbeid de siste årene ikke har vært direkte knyttet til pasientarbeid på feltet, har jeg gjennom pågående masterstudie i helsefag, studieretning psykisk helse, en teoretisk fersk nærhet til feltet. Jeg har således en viss forforståelse av hva det innebærer å jobbe som psykiatrisk sykepleier.

Min *uavhengighet* er godt ivaretatt ved at jeg ikke har noen relasjonelle eller profesjonelle bånd til intervjuobjektene utover at jeg hadde åtte ukers praksis i den ene kommunale Rus- og psykiatritjenesten for ett år siden. Det at jeg har samme utdanningsbakgrunn og noe av samme kliniske erfaring som deltakerne i denne studien, gjør meg i stand til bedre å forstå informantenes historier og opplevelser. Mine refleksjoner rundt min rolle som forsker i lys av dette bakteppet kan oppsummeres med at jeg har tilstrekkelig nærhet til feltet jeg studerer, uten å bli særlig påvirket av egne opplevelser og erfaringer, og jeg er bevisst min egen bakgrunn og forforståelse på en måte som kan legge til rette for at deltakernes fortellinger og opplevelser kommer frem. Samtidig blir det viktig for meg å være bevisst på egen forforståelse i forhold til den lange erfaringen jeg har fra kvantitativ forskning, når jeg nå utforsker deltakernes opplevelser og erfaringer.

3.3 Utvalg og rekruttering

Hovedregelen for utvalg i kvalitative intervjustudier er å velge informanter som vil kunne uttale seg om det aktuelle temaet på en reflektert måte (Tjora, 2017, s. 130). Problemstilling, forforståelse og teoretisk referanseramme er også med på å avgjøre hvilke hensyn som bør tas for å oppnå data som belyser det aktuelle fenomenet i tilstrekkelig dybde og bredde (Malterud, 2017, s. 58). For å belyse hvilke utfordringer som oppleves med å ivareta somatisk helse til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, ble det av avgjørende betydning å intervju et strategisk utvalg av seks sykepleiere med spesialutdanning innen psykisk helse. Følgende inklusjons og eksklusjonskriterier ble valgt:

Inklusjonskriterier:

- Norsk autorisasjon som sykepleier
- Videreutdanning innen psykisk helse (psykiatrisk sykepleier)
- Minst ett års erfaring i nåværende jobb i kommunal rus og psykiatritjeneste
- Ansatt i en av de to kommunene i Finnmark som var blitt forspurt

Eksklusjonskriterier:

- Andre yrkesgrupper enn sykepleiere (sikre somatisk-klinisk kompetanse)
- Ansatt i andre tjenester enn Rus- og psykiatritjenesten (Eks. Specialisthelsetjenesten)

Rekrutteringen startet med en henvendelse per e-post til respektive virksomhetsledere i de to kommunene, med forespørsel om tillatelse til å gjennomføre intervju av utvalgte ansatte. I e-posten ble det lagt ved et kort skriv med informasjon om studien (vedlegg 1) og Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) godkjent informasjonsskriv og samtykkeerklæring (Vedlegg 2). Etter noen dager fikk jeg svar fra begge kommuner med tillatelse, der de stilte seg positiv til prosjektet og uttrykte tydelig interesse for tema og problemstilling, og jeg fikk kontaktopplysninger til de personene jeg kunne kontakte, som for øvrig også var kopiert inn i svaret.

Jeg som forsker har ikke hatt innvirkning på utvalget utover beskrivelsen i min henvendelse til virksomhetsleder (Vedlegg 1). I metodesammenheng blir begrepet «Portvakt» brukt om en slik person som har myndighet til å åpne eller lukke tilgang til en organisasjon eller et miljø. Portvakten kan være avgjørende for hvem jeg som forsker får tilgang til (Hammersley & Atkinson, 2007, s. 49). Selv om kommunen skal «... medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 8-3) er det ingen selvfølge at alle prosjekter kan gjennomføres, og ledelsen for virksomheten i kommunen skal kjenne til og godkjenne forskning som skjer i sin virksomhet. Målet er å stimulere til praksisnær forskning og bidra til at tjenestene sprer og tar i bruk ny kunnskap i møte med framtidige utfordringer (Senter for omsorgsforskning, 2014, s. 54).

Aktuelle deltakere som jeg fikk oppgitt av virksomhetsledere, fikk deretter tilsendt hver sin forespørsel om deltakelse fra meg per e-post, der de også ble spurt hva som kunne passe av tid og sted for intervju, og det ble lagt ved «Forespørsel om deltakelse med samtykkeerklæring» (Vedlegg 2), virksomhetsleders tillatelse, og NSD Godkjenning (Vedlegg 4). Kvale &

Brinkmann (2015) tar opp spørsmålet om hvor mye informasjon som bør gis, og når, i forbindelse med innhenting av informert samtykke. Det krever nøye avveining mellom å informere for mye og detaljert på den ene siden, og å utelate informasjon på den andre siden, men fullstendig informasjon om design og formål med studien forhindrer at deltakerne villedes (s. 105). Ved å gjøre informasjonsskrivet tilgjengelig for deltakerne i god tid før intervjuet fikk han/hun tid til å reflektere over eventuell deltakelse. Alle de seks som ble forespurt sa seg villig til å delta og bestod av totalt seks psykiatriske sykepleiere fra Rus- og psykiatritjenesten, fra to ulike kommuner i Finnmark.

Hvor mange informanter trenger jeg egentlig til denne studien? Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er svaret enkelt: «Intervju så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite» (s. 148). Kvale & Brinkmann (2015) peker videre på at det i kvalitative studier er en tendens til at antallet intervjupersoner er enten for lite eller for stort, og at begge deler har sine negative utfordringer i forhold til studiens gyldighet og pålitelighet. Antallet intervjupersoner avhenger av formålet med undersøkelsen, og dette kan variere sterkt, men i vanlige intervjuundersøkelser ligger antall informanter ofte rundt 15 +/- 10. Dette antallet forklares med en kombinasjon av hvor mye tid og ressurser forskeren har til rådighet, og loven om fallende utbytte. Altså at et økende antall informanter utover et visst punkt, ikke vil tilføre særlig ny kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015 s. 148). Selv om kvantifisering i liten grad er tilstede innen kvalitative studier, er altså utvalgsstørrelse noe man må tenke på. Malterud, Siersma & Guassora (2016) fremholder betydningen av «information power» i kvalitative intervjustudier, et begrep som innebærer at jo mer informasjon informantene besitter, som er relevant for den aktuelle studien, jo færre deltakere trengs, og beskriver flere forhold som må tas i betraktning når man skal avgjøre informasjonsstyrken. Jeg går ikke nærmere inn i den detaljerte utredningen, utover å vise til at seks (6) individuelle semi-strukturerte intervju trekkes frem som et antall som kan etablere adekvat informasjon til en analyse som kan bidra til eksisterende kunnskap (Malterud et al., 2016).

Antall deltakere i denne studien er basert på at det finnes lite forskning på området fra tidligere og deltakernes egenskaper gjennom inklusjons- og eksklusjonskriteriene gjør at problemstillingen kan belyses og bidra til eksisterende kunnskap. Dette er også en «håndterlig mengde» med de ressurser og tidsrammer jeg som student har til rådighet til masteroppgaven.

Det første intervjuet ble avtalt og gjennomført i løpet av to uker etter virksomhetsledernes tillatelse, og i løpet av fire uker (november 2019) var alle intervjuene gjennomført. En av de seks opprinnelige forespurte deltakerne stilte ikke til avtalt intervju på grunn av egen sykdom, og i dette tilfellet tilbød virksomhetsleder seg å kontakte en annen psykiatrisk sykepleier med lang erfaring fra tjenesten, noe jeg takket ja til. Denne nye deltakeren fikk deretter en e-post fra meg med bekreftelse på tid og sted som var avtalt med leder, og ellers den samme skriftlige informasjonen som de andre deltakerne. Neste dag stilte vedkommende opp og intervjuet ble gjennomført som planlagt. Denne deltakeren fikk altså kortere tid, kun et døgn, på å vurdere sin deltakelse, så jeg foretok derfor en ekstra grundig innføring i studien og forhold rundt deltakelse før intervjuet startet, og jeg oppfattet at deltakeren hadde god kjennskap til denne type intervjustudier og var trygg på konseptet. Selv om vedkommende fikk kortere varsel, var hun således i stand til å ta stilling til egen deltakelse uten at det gikk på bekostning av hennes autonomi.

Totalt ble syv psykiatriske sykepleiere forespurt om å delta i studien, og alle takket ja. En av disse syv måtte altså avlyse. Under følger en kort anonymisert presentasjon av deltakerne som alle oppfylte inklusjons og eksklusjonskriteriene. Av personvern hensyn brukes kun deltakernummer. Deltakernummer brukes også ved sitering/parafrasering under resultater.

- 01: Mann i 60 årene med lang erfaring som sykepleier og relevant tilleggsutdanning.
- 02: Kvinne i 60 årene med lang erfaring som sykepleier og relevant tilleggsutdanning.
- 03: Kvinne i 30 årene med lang erfaring som sykepleier og relevant tilleggsutdanning.
- 04: Kvinne i 50 årene med lang erfaring som sykepleier og relevant tilleggsutdanning.
- 05: Kvinne i 50 årene med lang erfaring som sykepleier og relevant tilleggsutdanning.
- 06: Kvinne i 60 årene med lang erfaring som sykepleier og relevant tilleggsutdanning.

3.4 Intervjuene

3.4.1 Planlegging av intervju

For å spare tid ble henvendelse til virksomhetsleder (Vedlegg 1) ferdig utarbeidet før NSD søknad ble sendt inn. På den måten kunne rekrutteringen starte så snart NSD godkjenning var i orden. Før intervjuene ble lydopptaker, software og funksjonalitet grundig testet for å oppnå god lydmessig kvalitet. Transkribering av intervjuer kan gjøres mindre anstrengende ved å sikre at opptakene er av god lyd kvalitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). Det ble brukt en

digital diktafon, og lagt opp til å gjennomføre intervjuene på et stille sted, ikke bare for at intervjuene kunne gjennomføres uforstyrret, men også for å unngå at andre lyder kom frem i opptaket.

3.4.2 Gjennomføring av intervju

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) vil personer som intervjues gjerne ha en oppfatning av intervjuer før de legger ut om sine opplevelser og følelser for en fremmed, så de første minuttene av et intervju er ofte avgjørende (s. 160). Derfor la jeg helt fra starten vekt på å skape god kontakt ved at jeg bevisst lyttet oppmerksomt og viste interesse og forståelse for det intervjupersonen sa (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuet ble innledet med litt småprat og jeg viste min takknemlighet for å få komme, og for at deltaker tok seg tid til å stille opp. Alle intervjuene ble gjennomført på informantens kontor, eller i et ledig rom i lokalene til den kommunale rus- og psykiatritjenesten der informanten jobber. Fordelen med å intervjuer i disse rommene er at de er godt lydisolert, og at dørene kunne merkes med «opptatt». Intervjuene ble derfor uforstyrret, og utført på et sted informanten følte seg hjemme, og vant til å samtale om aktuelle tema, noe som bidro til en trygg og avslappende atmosfære.

Før lydopptaket startet, introduserte jeg selve intervjuet med en kort briefing der situasjonen ble definert for deltakeren og jeg fortalte litt om formålet med intervjuet, lydopptak og om deltakeren hadde noen spørsmål før intervjuet begynte (Kvale & Brinkmann, 2015. s. 160). Vi gikk så gjennom «Forespørsel om deltakelse med samtykkeerklæring» (Vedlegg 2) der vi blant annet snakket om konfidensialitet, min rolle som forsker, intervjuets varighet og jeg noterte informantens utdanningsbakgrunn, erfaring og alder i intervjuguiden (Vedlegg 3). På denne måten ble det sikret at deltaker fikk god skriftlig og muntlig informasjon slik at han/hun var innforstått med hva det innebærer å delta, og for å trygge deltakeren på selve intervjuet og den tekniske rammen. Før intervjuet startet, signerte deltaker og forsker informert samtykke i to eksemplarer, der deltaker fikk det ene, og forsker beholdt det andre. For å sikre at lydopptak forble knyttet til riktig deltaker, startet alle intervjuene med at forsker leste opp dato og deltakernummer (01, 02, 03 osv.), og tilhørende signert samtykke ble merket med samme deltakernummer.

Deretter ble det stilt åpne spørsmål om informantens opplevelser, erfaringer og utfordringer med ivaretagelse av somatisk helse til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det ble

understreket at det ikke var noen riktige eller gale svar, men at jeg var ute etter beskrivelser av informantens livsverden. Ulike former for intervjuer kan tjene ulike formål. For eksempel journalistiske intervju som registrerer og rapporterer viktige begivenheter, og terapeutiske samtaler har som mål å forbedre menneskers livssituasjon. Forskningsintervjuet bygger på dagliglivets samtaler og er en profesjonell samtale som har som mål å produsere kunnskap i samspill eller interaksjon mellom intervjueren og den som blir intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 21-22). Etter hvert som jeg fikk erfaring med intervjuene, og så hvilke temaer jeg ønsket å forfølge, noterte jeg også enkelte nye spørsmål i intervjuguiden før intervjuet startet. Kvale & Brinkmann (2015) fremholder at intervjuuttalelser ikke *samles inn*, men at de er forfattet i fellesskap med deltakeren. «*Inter-vjuet er et intersubjektivt foretakende, hvor to mennesker snakker om emner av felles interesse*» (s. 218)

3.5 Transkripsjon av intervju

«Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). I dette tilfellet, fra muntlig samtale mellom to mennesker som møtes, via lydopptak til skriftlig tekst. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) diskuteres ofte kvaliteten på *intervjuet*, mens kvaliteten på *transkripsjonen* sjelden gjøres til gjenstand for behandling i kvalitativ forskningslitteratur. Det er transformasjonen fra muntlig intervjusamtale til skriftlig tekst som skal til for å gjøre intervjusamtalen tilgjengelig for videre analyse. Lydopptaket er den første abstraksjonen fra den samtalende persons direkte fysiske tilstedeværelse. Allerede her skjer det et tap i form av kroppsspråk og gester. Transkripsjonen av selve lydopptaket til skriftlig form medfører enda en transformasjon, der stemmeleie, intonasjon og pust kan gå tapt. Kanskje litt nedslående, men transkripsjoner er rett og slett svekkede, dekontekstualiserte gjengivelser av direkte intervjusamtaler. Eller som Kvale & Brinkmann (2015) beskriver; «*Traduttori traditore – Oversettere er forrædere*» (s. 205). Allikevel, transkripsjon er nødvendig for å strukturere intervjusamtalene slik at de egner seg for analyse (s. 204-206).

Selve transkriberingen valgte jeg å gjøre selv. Først og fremst begrunnet i at dette var mitt første møte med forskningsintervjuer og transkripsjoner, og jeg ville bli bedre kjent med den nitid prosess transkribering er. Det å selv transkribere bringer meg også nærmere innholdet i teksten som senere skal brukes til selve analysen. Kvale & Brinkmann (2015) beskriver at forskere som gjør dette selv lærer mye om sin egen intervjustil, og man kan ha gjort seg tanker om sosiale og emosjonelle aspekter ved intervjusituasjonen og vil allerede ha begynt

på meningsanalysen av det som ble sagt og observert (s. 207). Etter å ha transkribert tre intervju manuelt, ble de siste tre intervjuene auto-transkribert i det UiT lisensierte programmet NVivo. Dette ble gjort på forskers kontor-datamaskin som eies av UiT og driftet av Avdeling for IT ved UiT. Auto-transkripsjoner ikke er så enkelt som det høres ut, fordi teksten var på ingen måte ferdig og måtte i etterkant gjennomgås grundig sammen med lydopptaket i sin helhet, fordi det meste var feil-transkribert og måtte rettes manuelt. Tidsmessig var det ikke mye å spare, men det ble litt mindre skriving. Lydopptakene av de seks intervjuene hadde en varighet mellom 40 og 49 minutter, til sammen 264 minutter med lydopptak, og det ferdige transkriberte produktet ble på 69 sider (Word®) med 35 170 ord.

Selv om det ikke finnes mange standardregler for denne type transkripsjon, må man gjøre noen valg for å kunne foreta språklig sammenlikning av intervjuene. Det finnes imidlertid én grunnregel i transkripsjon, og det er å skrive uttrykkelig hvordan transkripsjonene er utført (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207). Siden analysen i denne studien vil være av mer deskriptiv¹ karakter, er den transkriberte teksten skrevet ordrett på bokmål, ord for ord, men uten å ta med uttrykk som «Eh»-er, pauser og følelsesuttrykk som latter og sukk etc. Transkriberingen av intervjuene er således gjort til en mer formell, skriftlig stil. Ved å gjøre det på denne måten blir den transkriberte teksten fra alle intervjuene mer helhetlig og med samme skrivemåte, uten for mange særegne variasjoner mellom informantene. Dette kan også være med på å styrke anonymiteten til informanten i en landsdel, og i et miljø med høy gjennomsiktighet. I tillegg ble det brukt «D» for Deltaker og «I» for Intervjuer i transkripsjonene, og den ferdige transkripsjonen ble merket med deltakernummer (01, 02, 03 osv.). Et annet argument for å transkribere intervjuene på denne måten er at skriftformen er fordelaktig med tanke på tid og forkunnskap forsker har til rådighet. Ulempen med å gjøre det på denne måten kan være at man mister noe av nærheten til detaljene i det talte språket, ironi og stemningen i historiene som ble fortalt. Det finnes ingen korrekt oppskrift på hva man skal ta med i transkripsjonen. Valgene avhenger av hva transkripsjonen skal brukes til. For eksempel til en detaljert språklig analyse, eller til en lettlest utgivelse av intervjupersonenes historier (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208).

¹ Deskriptiv: En fenomenologisk inspirert karakterisering av det semistrukturerte kvalitative forskningsintervjuet der intervjuer oppfordrer intervjupersonen til å beskrive nøyaktig det de opplever og føler, og hvordan de handler. Det søkes etter mest mulig nyanserte *beskrivelser* ved å spørre hvorfor intervjupersonen opplever og handler som de gjør (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46-48).

3.6 Ethiske vurderinger

Det ble tidlig klart at denne studien plasseres under virksomhet som ikke skal søke godkjenning hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Vurderingen ble gjort på bakgrunn av REK sin veileder (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk [REK], 2015), samt forskers egen kunnskap om REK søknader fra tidligere, og undervisning i metodeemnet. Beslutningen om å ikke søke REK ble kvalitets-sikret med en kort telefonsamtale med REK nord den 13. august 2019, der REK nord sin representant bekreftet at denne studien ikke skal søkes REK. Siden jeg skal behandle personopplysninger, og institusjonen min (UiT Norges arktiske universitet) har avtale med NSD (Norsk senter for forskningsdata, 2019), ble prosjektet meldt til NSD 21. oktober 2019, og ferdig vurdering («Behandlingen kan starte») ble mottatt fra NSD den 23. oktober 2019 (Vedlegg 4). Deretter ble det innhentet tillatelse fra virksomhetsledere i de to aktuelle kommunene i Finnmark, til å gjennomføre intervjuene (Vedlegg 1).

På grunn av Koronapandemien ble sluttdato for studien utsatt fra 20.06.2020 til 01.12.2020. Dette medførte behov for ny NSD vurdering, og den 23.06.2020 bekreftet NSD 01.12.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden (Vedlegg 4).

Selv om overordnede godkjenninger er ivaretatt, er det viktig med *frivillig* deltakelse fra de personene som skal intervjues og som gjøres til gjenstand for forskning. Ruyter (2003) beskriver etikken innen forskning som syv forsvarslinjer av individ og samfunn mot uetiske prosjekter, og noe av det første som nevnes er *det frivillige informerte samtykket*. I dette ligger det at deltakeren er *informert* om studien og at deltakelse er *frivillig* (s. 28). *Informasjon* om studien innebærer at forskningsdeltakere informeres om undersøkelsens overordnede formål og om hovedtrekkene i designen. De skal også informeres om mulige risikoer og fordeler ved å delta. Innhenting av informert samtykke innebærer også at man forsikrer seg om at de involverte deltar *frivillig*, og informerer dem om at de har rett til å trekke seg fra undersøkelsen når som helst, uten at det får konsekvenser for deltakeren. Ifølge Marzano baseres begrepet *informert samtykke* seg primært på prinsippet om individuell autonomi og deretter på prinsippet om å gjøre godt (Gubrium, Holstein, Marvasti & McKinney, 2012, kap. 30, s. 443). Disse prinsippene respekterer deltakerens evne til å fatte beslutninger og skal ivareta at deltakere ikke skades (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 104). Innhenting av *frivillig informert samtykke* i denne studien er nærmere beskrevet i kapittel 3.4.2 ovenfor (Gjennomføring av intervju) og i Vedlegg 2.

Selv om deltakerne i denne studien ikke anses som en spesielt sårbar gruppe som krever særlige hensyn, kan det tenkes at overordnet i virksomheten, i sin tillatelse til å gjennomføre intervjuene, signaliserte at «dette stiller vi opp på», og således la et visst press på deltakerne. Kvale & Brinkmann (2015) tar opp nettopp dette spørsmålet om *hvem* som gir samtykke til at man utfører forskning i en institusjon. Når en overordnet gir tillatelse til en slik undersøkelse, kan det medføre et visst press på de underordnede om å delta (s. 105). Min umiddelbare reaksjon som forsker var at dette er bra for rekrutteringen til studien, men det er klart at denne situasjonen gjorde det ekstra viktig å gjøre en grundig jobb i forkant av intervjuene med god informasjon til deltakerne, der de fikk tid til refleksjon om eventuell egen deltakelse.

Tradisjonelt diskuteres det fire hovedområder innenfor etiske retningslinjer for forskere. I tillegg til *informert samtykke*, er det *fortrolighet*, *forskerens rolle* og *konsekvenser* som står sentralt. *Fortrolighet*, eller konfidensialitet, handler om enigheten mellom deltaker og forsker om hva som kan gjøres med dataene som blir et resultat av deltakelse. Som regel innebærer dette at personlige data som kan identifisere deltakeren, ikke avsløres. Dette prinsippet er imidlertid ikke alltid uten etiske og vitenskapelige dilemmaer. Eksempelvis i intervjustudier der utsagn fra deltaker kan bli publisert i offentlige dokumenter, og man samtidig skal sørge for å beskytte deltakerens privatliv. Anonymitet kan bli et etisk usikkerhetsområde på den måten at det på den ene siden skal beskytte deltakeren, og være et etisk krav, mens det på den andre siden kan tjene som alibi for forskeren med å gi han mulighet til å tolke deltakerens utsagn uten å bli motsagt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 102-107). Denne studien ivaretar deltakernes konfidensialitet blant annet gjennom at de er anonymisert gjennom et deltakernummer (01, 02, 03 osv.). Det er kun forsker som sitter på informasjon som kan knyttes til den enkeltes identitet, og således er alle opplysninger vedrørende deltakerne anonymisert. Dette er nærmere beskrevet i Vedlegg 1, 2 og 3, og alle intervjuene er transkribert på bokmål, altså uten særegne uttrykk, eller dialekter. En forutsetning for ivaretagelse av fortroligheten er forskers moralske integritet og ansvarlige atferd. Dette bringer oss til over på neste hovedområde innen etiske retningslinjer som er *forskerens rolle*, og er beskrevet i kapittel 3.2.

Det siste hovedområdet som diskuteres innenfor etiske retningslinjer for forskere er *konsekvenser*. Konsekvenser i denne sammenheng handler om både mulig skade man kan påføre deltakeren, og eventuelle fordeler ved å delta i studien. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er man gjennom guidelines for denne type forskning enige om at man gjennom det etiske prinsippet om velgjørenhet (beneficence) skal sikre at risikoen for å skade en deltaker

er minst mulig. I et nytteperspektiv bør summen av potensielle fordeler ved å delta for den enkelte og betydningen av eventuell ny kunnskap veie tyngre enn risikoen for å gjøre skade, og dermed rettferdiggjøre gjennomføringen av studien (s. 107). Denne studien har rekruttert et strategisk utvalg som ikke anses som en spesielt sårbar gruppe, som krever særlige hensyn, som for eksempel barn eller psykisk syke pasienter. Temaet som tas opp anses i utgangspunktet ikke å være spesielt følsomt, fordi det handler om deltakerens opplevelse i en profesjonell rolle-sammenheng, og ikke personlig eller privat. Risikoen for å påføre deltakerne skade er således liten, både for den enkelte deltaker, og for den større gruppen de representerer. Allikevel er det tatt i betraktning at den type kvalitativ forskning som her utføres ofte kjennetegnes med åpenhet og intimitet som kan få deltakerne til å gi opplysninger de kanskje angrer på senere, og jeg som forsker har lagt vekt på finfølelse med tanke på hvor langt jeg kan gå i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107).

Fordelen ved å delta i denne studien er liten for den enkelte deltaker, men temaene som tas opp i intervjuene kan ha en bevisstgjørende effekt som kan være nyttig i deltakernes daglige virke, og det kan være godt å få snakket om sine opplevelser på arbeidsplassen. På sikt kan imidlertid studien ha klinisk relevans i form av at den kan bidra til økt forståelse og kunnskap om behandlings-tilnærminger, rutiner og forebyggende tiltak hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som kan bidra til videreutvikling av kunnskapsbasert praksis, noe som kan komme både pasienter og helsevesen til nytte. Studien er således vurdert til å ha et positivt nytteperspektiv ved at summen av potensielle fordeler ved å gjennomføre den, er større enn ulempene. Dette er også omtalt i Vedlegg 1.

3.7 Datasikkerhet og personvern

Som nevnt i forrige kapittel er konfidensialitet et sentralt tema innen kvalitativ forskning. Datasikkerhet og personvern er en del av denne konfidensialiteten, og tas i denne studien opp i flere studiedokumenter, som i «Forespørsel om deltakelse med Samtykkeerklæring» (Vedlegg 2), i briefingen før intervjuet (Vedlegg 3) og er gjenstand for granskning i søknaden til NSD. Andre personverntiltak er omtalt i tidligere kapitler, og omtales ikke på nytt her.

Organisasjonen jeg tilhører har en overordnet retningslinje, fastsatt av universitetsdirektøren, for behandling av personopplysninger i forskings- og studentprosjekt (UiT, Norges arktiske universitet, 2018). Dette er et internkontrollsystem som gjelder i studier som denne, og

fungerer blant annet som et hjelpemiddel for forskere/studenter med planlegging, gjennomføring og avslutning av prosjekt, for å sikre at prosjektet er i tråd med personopplysningsloven (UiT, Norges arktiske universitet, 2018). Retningslinjene beskriver detaljert hvordan data og personopplysninger skal håndteres for å ivareta personvern, og overholde relevant regelverk. Jeg går ikke nærmere inn i disse, bortsett fra å overordnet beskrive hvordan datasikkerhet og personvern har blitt ivaretatt i dette prosjektet.

Intervjuene ble gjort med Olympus digital lydopptaker, tilhørende UiT sin lokale forskningsgruppe. Etter intervjuene ble lydopptakene overført og lagret på forskerens personlige UiT OneDrive – Office 365, og slettet fra den digitale båndopptaker. UiT har en rekke systemer og tjenester som kan og skal benyttes til lagring av ulike typer data. Ikke alle tjenestene er godkjent for alle typer data, men OneDrive – UiT Office 365 er godkjent for lagring av denne type lydopptak. Dette er beskrevet på UiT sin side for informasjonssikkerhet (UiT, Norges arktiske universitet, 2019). For å være på den sikre siden kontaktet forskeravdelingen for informasjonssikkerhet ved UiT, og fikk bekreftet per e-post av jurist og informasjonssikkerhetsrådgiver at lagring av intervjuopptakene kan lagres på UiT OneDrive, under forutsetning av at filene er klassifisert som fortrolig/rød, noe som er gjort, i tillegg til at to-trinns-autentisering er aktivert (Stock-Jørgensen, personlig kommunikasjon, 21. november 2019). Her blir filene med lydopptak og det transkriberte materialet liggende til de slettes etter sluttdato for forskningsperioden. Det fremkommer ingen opplysninger under intervjuene som kan identifisere pasienter, pasienthistorier eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon. Hadde det gjort det, ville det blitt utelatt fra transkripsjon og analyse. Når det gjelder forskningsdata i form av papirdokumenter, som de signerte samtykkeerklæringerne og intervjuguide med notater, så er disse innelåst i skap på forskerens kontor som alltid er låst når jeg ikke er tilstede. Kontorlokalene er i tillegg kun tilgjengelig for ansatte med adgangskort utenfor kontortid. Ellers er det kun benyttet UiT sin e-post klient ved kommunikasjon med deltakerne.

3.8 Gyldighet og pålitelighet

Tradisjonelt brukes begrepene validitet (gyldighet) og reliabilitet (pålitelighet) som kvalitetskriterier innen kvalitativ intervjuforskning. *Validitet* handler ifølge Kvale & Brinkmann (2015) om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den *skal* undersøke, eller; «i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomenene eller variablene

som vi ønsker å vite noe om» (Pervin & John, 1996, s. 33). Validitetsbegrepet er spesielt relevant innenfor kvalitativ intervjuforskning ved at det sier noe om *forskerens* håndverksmessige dyktighet og troverdighet. Forskerens kredibilitet vurderes også på hans tidligere forskning på området, og er av betydning når man skal vurdere funnenes gyldighet. Validitet handler således ikke bare om metodene som benyttes, men også om forskeren som person, hans moralske integritet og praktiske klokskap, og er avgjørende for evalueringen av det vitenskapelige produktet. Validitet blir således noe som gjennomsyrrer hele forskningsprosessen, og hører ikke til en spesiell undersøkelsesfase (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 277).

Reliabilitet forteller oss noe om *forskningsresultatenes* konsistens og troverdighet, og brukes ofte som begrep i sammenheng med spørsmålet om hvorvidt resultatet kan reproduseres av andre forskere på andre tidspunkt ved hjelp av den samme metoden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Det diskuteres i hvilken grad validitet og reliabilitet er egnet som kvalitetskriterier innen kvalitativ forskning. Debatten har bidratt til fokus på hvordan man kan sikre kvaliteten innenfor kvalitativ forskning. Bakgrunnen er blant annet at etterprøvnbarhet, som reliabilitet innebærer, i praksis er vanskelig fordi dette handler om forskerens personlige egenskaper og kunnskaper (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 275-278).

I metoden som er brukt i denne studien brukes begrepene *gyldighet* og *pålitelighet* i tradisjonell forstand. Dette er også ord som brukes i det vanlige språket. For eksempel; «passet ditt er ikke *gyldig*» og «han er *pålitelig*» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 275). Begrepene kan overføres til kunnskapsproduksjon i intervjustudier der de ikke bare har en metodologisk betydning, men også moralsk, som når vi snakker om en pålitelig person.

3.9 Analyse

Etter intervjuene, og før analysen, ble det tydelig at informantens opplevelser i stor grad handlet om utfordringer. Problemstillingen ble derfor justert fra: «Hvordan *opplever* psykiatriske sykepleiere at den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser blir ivaretatt?» til «Hvilke *utfordringer* opplever psykiatriske sykepleiere med å ivareta den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser?»

Analysemetoden i denne studien ble bestemt før intervjuene og transkripsjonene ble utført, og var med på å styre forberedelsene til intervju, som intervjuguide, intervjuprosessen og

transkriberingen. Å tenke over hvordan intervjuene skal analyseres før de utføres kan bidra til at man tolker underveis og en vesentlig del av analysen starter allerede under intervjuene, noe som kan bidra til at den endelige analysen blir enklere og bedre forankret i datamaterialet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 216). Begrepet *metode* betyr opprinnelig *veien til målet*. Når det ikke er angitt noe mål, er det vanskelig å vise veien dit. Den teoretiske oppfatningen av hva som skal undersøkes, bør generelt gi grunnlag for å avgjøre *hvordan* – hvilken metode som skal benyttes for å analysere innholdet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 217).

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er formålet med analysen å bringe frem *meningen* med det som sies i intervjuene og det transkriberte materialet, og få frem forut-antakelsene som ligger bak. I kvalitative studier er dette forskerens *meningskonstrueringsarbeid*, og det finnes ingen standardmetoder for tekstanalyse, tilsvarende de mange teknikker som brukes i statistiske metoder. «Å *analysere* betyr å dele noe opp i biter eller elementer» (s. 219). Under analysen har forsker samtidig forsøkt å ikke fokusere for sterkt, for bokstavelig på transkripsjonene, men sett på dem som midler, verktøy for fortolkningen av det som ble sagt i selve intervjuene. Med andre ord har jeg i analyseprosessen også «holdt liv» i den muntlige diskursen som foregikk ansikt til ansikt mellom intervjupersonene og meg selv som intervjuer. Analytiske verktøy, som kategorisering og koding er utviklet gjennom praksis, uten teoretisk forankring, men er inspirert av filosofiske tradisjoner som fenomenologi og hermeneutikk. (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213 – 222).

Den sentrale intervjuanalytiske tilnærmingen i denne studien har fokus på mening gjennom en *induktiv* modell. En induktiv tilnærming innebærer analyse av empiriske data fra enkeltpersoner og enkelthendelser som kan bidra til å belyse forskningsspørsmålet, og gjennom fortolkning abstraheres funnene slik at de kan utsi noe mer allment. I tillegg kreves det av vår sammenfatning og tolkning av det enestående gir ny innsikt som gjelder for flere (Malterud, 2017, s. 113). Induktiv brukes om forskning som er eksplorerende eller empiridrevet, og om det å slutte fra et enkelt tilfelle, eller et begrenset antall enkelttilfeller, til en generell regel, eller noe mer allment (Tjora, 2017, s. 259). Kvale & Brinkmann (2015) beskriver denne prosessen som «analytisk induksjon» (s. 224). Kvalitativ forskning karakteriseres ofte som induktiv, og induksjon i ulike varianter er den mest utbredte analyseformen. Når man analyserer etter denne strategien vil man induktivt kode eller kategorisere data for å identifisere mønstre og formulere potensielle forklaringer på mønstrene. En induktiv modell fungerer normalt best når forskeren allerede kjenner til de fenomener som studeres, og

forutsetter at vi har en stabil entitet (database) som kan analyseres gjentatte ganger for å bygge opp generell kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 224-225).

Av dataverktøy til intervjuanalysen er det kun brukt tekstbehandlingsprogrammet Microsoft Word® der jeg selv gjorde en manuell kategorisering for å få oversikt over tekstmaterialet fra intervjuene. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) brukes begrepene *koding* og *kategorisering* ofte om hverandre. «Koding fører ofte til kategorisering, som innebærer at meningen i lange intervjuuttalelser reduseres til noen få enkle kategorier» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 228).

Som en del av analysen, for å få frem hovedbudskapet i transkripsjonene, ble det først gjort en *meningskonsentrering*. Den startet med å lese gjennom hele intervjuet for å få en helhetlig oversikt, og der ble de naturlige «meningsenhetene» identifisert, slik de ble uttrykt av informanten. De naturlige meningsenhetene ble markert fortløpende i teksten, og deretter satt inn i egne kolonner i analyseskjemaet (Word®) for videre analyse (*figur 2.*). Deretter ble de naturlige meningsenhetene kategorisert og knyttet til et overordnet tema som jeg som forsker, på en så fordomsfri måte som mulig, fortolker at de hører inn under (*figur 2.*). Til slutt ble meningsenhetene nærmere undersøkt i lys av studiens formål, og de viktigste temaene bundet sammen i en deskriptiv tekst og presentert som funn. Dette er en form for meningsfortetting som kan brukes ved lange intervjuetekster der forskeren er ute etter naturlige meningsenheter fra intervjuene, som uttrykkes i komprimerte temaer. Temaene kan senere gjøres til gjenstand for ytterligere fortolkninger og teoretiske analyser (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 230 – 233).

Alle de naturlige meningsenhetene ble fra starten knyttet til sine respektive deltakernummer (01 – 06), noe som gjorde at jeg som forsker fikk en indikasjon på hvordan de ulike naturlige meningsenhetene fordelte seg blant deltakerne. For eksempel kunne man se at alle deltakerne hadde samme mening om ett sentralt tema, eller at det var motstridende opplevelser knyttet til et annet sentralt tema. Forskeren fikk da også et «ansikt» på de enkelte meningsenhetene som bidro til å «holde liv» i samtalen den hadde sitt utspring fra. I tillegg ble alle de naturlige meningsenhetene, til den enkelte deltaker, fortløpende nummerert. Eksempelvis 02 – 14 (Deltaker 02 – Meningsenhet 14) (*figur 2.*). Hensikten med dette var å identifisere de ulike naturlige meningsenhetene, hvor de stammet fra i intervjuet, og slå dem sammen dersom de tilhørte samme kategori eller å plassere dem i den kategorien forskeren mente de tilhører. Kort sagt for lettere å kartlegge meningsenhetene og kategorisere dem.

Den ferdige intervju-analysen ble på 49 sider i Word®. På grunn av datamaterialets omfang valgte forsker å lage en egen kolonne i analyseskjemaet som jeg kalte «Analyselogg». Her noterte jeg stikkordsmessig egne tanker og refleksjoner som ble gjort i analyseprosessen, for senere å eventuelt følge dem opp. Notatene handlet eksempelvis om relevant litteratur, aktuelle teoretiske perspektiver etc. En slags huskeliste (figur 2.).

Deretter ble de naturlige meningsenhetene og de meningskonsentrerte kategoriene tematisert i *sentrale temaer*. Analysen viste *tre sentrale temaer* med sub-grupper som relevante i forhold til studiens spesifikke formål, og som ble tatt videre og presentert i kapittel «4.0 Resultater». Enkelte naturlige meningsenheter og meningskonsentrerte kategorier kunne være relevante under flere sentrale temaer, men er knyttet til det temaet forskeren fortolker at disse tilhører.

<i>Intervjuanalyser av innsamlende data (transkripsjoner)</i>				
Deltaker# - Sitat#	Naturlige meningsenheter (fra intervjutekst)	Kategori (Meningskonsentrering)	<ul style="list-style-type: none"> • Sentralt Tema - <i>Sub-gruppe</i> 	«Analyselogg» (Spontane tanker om relevant teori etc.)
01-4	Okey, det er klart. Vi skal jo jobbe primært med psyken til folk, men vi kan jo ikke glemme at det hodet sitter jo på en kropp.	<i>Helhetstenkning - Se hele mennesket</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Somatisk kompetanse 	Bio-psykososial modell
06-27	Vi hadde ei som var veldig psykisk syk, som også hadde somatiske utfordringer, blant annet smerter. Når hun fikk mye smerter, ble hun også tiltakene psykotisk. Så det var egentlig et symptom på smerte.	<i>Tenke helhetlig – Somatikken påvirker også psyken, vice versa</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Helhetstenkning (psyke & soma)</i> 	Bok: Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom
04-7	Viktig at vi som helsepersonell kan møte pasienten så fordomsfri som mulig uten negative opplevelser fra tidligere. For det trenger ikke være angst denne gangen, det kan være et hjerteinfarkt.	<i>Fordommer – Stigmatisering</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Stigmatisering</i> 	Adskilt somatikk og psykiatri
01-33	Hvis du sliter med mye smerter, og de vet at du er en rusmisbruker, både legalt og illegalt og i tillegg har psykiske problemer, da blir du ikke hørt, det opplever vi ofte.	<i>Stigmatisering – Fordommer</i>		Van Boekel (2013). «Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery.»
02-1	Min erfaring er i alle fall å tenke hvis jeg skal si personlig, tenke hele mennesket. Være observant på somatiske utfordringer på lik linje med andre, i utgangspunktet. Og så ser man jo etterhvert som man har fått erfaring og jobber med det, at dem har større utfordringer på mange områder somatisk. Når det er sagt så kartlegger man, og gjør det man kan som sykepleier/psykiatrisk også har lært somatisk.	<i>Tenke hele mennesket, somatikk på lik linje med andre.</i> <i>Pas med psykiske lidelser har større somatiske utfordringer/Somatisk kartlegging av sykepleier</i>		Faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser
04-11	De kan lett føle det stigmaet selv, eller den nederlagsfølelsen av å ikke ha lyktes i livet, ved at dette klarer jeg ikke, og hvis du igjen får høre det hos legen eller på legevakt eller noen andre plasser, at dette burde du, ta deg sammen og sørg for å komme deg ut hver dag, og de ikke klarer det	<i>Pas kan få egenopplevd stigma,</i> <i>Nederlagsfølelse ved å ikke klare å følge opp forventninger</i>		Ververda, J. (2013). Pasienter med schizofreni på sykehus. E. Goffman - Stigma

Side 1 av 49

Figur 2. Skjema brukt til intervjuanalyse

4 Resultater

Dette kapittelet omhandler beskrivelser av resultatene fra denne studien. Analysen resulterte i tre *sentrale temaer*;

1) *Sykdomsforståelse*

2) *Somatisk kompetanse*

3) *Organisering av tjenestetilbudet*

I det følgende presenteres disse sentrale temaer med tilhørende sub-grupper.

4.1 Sykdomsforståelse

Deltakerne jobbet til daglig tett på sine pasienter og var bevisst på at personer med alvorlige psykiske lidelser er mer utsatt for somatisk sykdom, sammenliknet med befolkningen ellers. Dette sentrale temaet omhandler utfordringer deltakerne opplevde med et ofte komplekst og sammensatt sykdomsbilde, der somatisk sykdom er en betydelig bidragsyter til dårlig helse. Temaet omhandler også utfordringer deltakerne opplevde knyttet til pasientenes egen sykdomsinnsikt, kommunikasjon, sosiale nettverk, og livsstil, samt med å forebygge somatisk sykdom hos pasientene.

I analysen ble temaet delt inn i fire sub-grupper: 1) Utfordringer knyttet til pasientenes innsikt i egen helse, og kommunikasjon, 2) Utfordringer knyttet til mangelfulle sosiale nettverk blant pasientene, 3) Utfordringer med pasientenes bruk av rus- og legemidler, og 4) Utfordringer med å forebygge somatisk sykdom.

4.1.1 Utfordringer knyttet til pasientenes innsikt i egen helse, og kommunikasjon

Deltakerne opplevde at pasienter med alvorlige psykiske lidelser ofte har mangelfull forståelse, innsikt og kommunikasjon rundt egen somatisk helse, og at dette gav dem noen utfordringer og et stort ansvar. Ifølge deltakerne handlet samtaler med pasientene ofte om den psykiske helsen, og somatikken fikk mindre fokus. De fortalte også at pasientenes oppfatning av egen somatiske helse ikke alltid samsvarte med psykiatrisk sykepleier sin, og at de brukte mye tid på å hjelpe pasienten med å endre tankemønster for at de bedre kunne forstå betydningen av å ivareta egen somatiske helse. En deltaker sa det slik;

«Vi bruker ofte lang tid på å hjelpe dem med forståelse av hvor viktig det er å følge opp sin somatiske helse. Vi har for eksempel en pasient som har regulert væskeinntak på grunn av nyresvikt, der vi jobber aktivt med dette, men det er vanskelig å nå inn. Vi må sikre oss at pasientene har et godt vurderingsgrunnlag» (02).

De psykiatriske sykepleierne fortalte at pasientene deres ofte ikke snakket om kroppslige plager under samtaler, og at de derfor måtte være ekstra oppmerksom og lydhør i omgang med pasientene, for å fange opp eventuelle somatiske symptomer. En deltaker sa det slik;

«Noen ganger tenker jeg at somatisk oppfølging er veldig person-avhengig, samtidig kan det være deres psykiske sykdom, eller sykdomsinnsikt, som gjør det vanskelig å følge dem opp somatisk. De er liksom ikke så opptatt av det somatiske» (03).

Deltakerne snakket om at det kunne være vanskelig å gjøre god somatisk kartlegging og vurdering av sine pasienter. En av dem fortalte hvordan han opplevde det;

«Noen pasienter har ikke evne til, av og til å vite sitt eget beste, og forstår ikke sin kroppslige lidelse. De har ikke sykdomsinnsikt nok til å kunne fortelle om sin lidelse, men da snakker vi om dem som er alvorlig syk. Hvem skal da fortelle om deres sak? Jo det blir vi som helsepersonell» (01).

Spesialsykepleierne fortalte at de brukte betydelige ressurser på å hjelpe pasientene med å forstå egen somatisk helse og sykdom, og betydningen av å ta vare på den. De fortalte at dette medførte mye ansvar og kunne være spesielt krevende når det var alvorlig somatisk sykdom som krevde tett oppfølging. En deltaker sa det slik;

«Ofte er det snakk om alvorlige somatiske sykdommer, som kreft, organsvikt eller hjerte- karsykdommer. Dette krever systematisk oppfølging og behandling for at pasienten i det hele tatt skal overleve» (02).

Ifølge deltakerne hadde pasientene ofte andre forutsetninger for å ivareta sin somatiske sykdom, noe som kunne skape utfordringer. En deltaker beskrev som et eksempel betydningen av god blodsukkerkontroll ved diabetes, der pasienten kunne slurve med kosthold og måling av blodsukker, og ikke tilpasset matinntak og diabetesmedisin (02).

Deltakerne erfarte at somatisk helsetjeneste ikke alltid syntes å være komfortabel med alvorlig psykisk syke pasienter som ofte har en annen atferd og kommunikasjon, eksempelvis preget av mistenksomhet eller vrangforestillinger, ifølge deltakerne. Denne atferden mente de kunne gjøre helsepersonell utenfor psykisk helsevern usikker, og bidro til å kamuflere somatiske

symptomer, eller at pasienten ikke klarte å kommunisere symptomene sine, og dermed ikke fikk den oppfølging og behandling han eller hun burde hatt. En deltaker sa det slik;

«Jeg opplever at helsepersonell blir usikre. Psykoseatferd er ikke A4-atferd, og vi hører ofte; ja, men da må vedkommende ha følge. De kan ikke bare komme hit alene, dere må følge, for vi kjenner ikke pasienten» (03).

Deltakerne var opptatt av at autonomien skulle stå sterkt, at det til syvende og sist er pasienten selv som bestemmer over egen somatisk behandling. En deltaker beskrev at ansvaret med å bidra til pasientens egen sykdomsinnsikt, lå hos psykiatrisk sykepleier. Hun sa det slik;

«Autonomien skal stå! Utfordringen ligger hos oss som spesialsykepleiere med å jobbe for at pasienten forstår betydningen. Jeg hadde en cancer-pasient som nektet å starte behandling, og brukte veldig mye tid på å sikre meg at vedkommende forstod hva det innebar å takke nei. Men det ble et nei, og det måtte aksepteres» (02).

Underkommunikasjon av somatiske plager var et fenomen som flere deltakere fremhevet som problematisk. De beskrev at den psykiske lidelsen kunne være så dominerende i pasientens liv, så belastende at somatikken kom i skyggen, slik at pasienten kunne gå med somatiske symptomer lenge uten å gi det oppmerksomhet, og ta tak i det. To av deltakerne sa det slik;

«Det psykiske spiller en så stor rolle at det overskygger det meste, slik at den somatiske delen på en måte kommer i bakgrunnen. Det er ikke alltid pasientene forteller om sine kroppslige plager selv om de er omfattende. Jeg tenker at de ikke legger merke til at det kanskje er andre ting som gjør at de får hjertebank, enn det psykiske, at de tenker ikke fysisk» (05).

En deltaker beskrev at man i større grad burde forsøke å endre pasientens tankemønster mot en sunnere livsstil, som et forebyggende tiltak mot somatisk sykdom. Hun sammenliknet med metoden de terapeutisk jobber med angst på, men fortalte at det var vanskelig å nå frem med budskapet, vanskelig å motivere og få pasienten til å gjøre endringer (05).

4.1.2 Utfordringer knyttet til mangelfulle sosiale nettverk blant pasientene

Deltakerne beskrev pasientene sine ofte som ensomme, med redusert sosialt nettverk. Betydningen av ensomhet og ofte dårlige sosiale nettverk opplevde deltakerne som en utfordring, blant annet fordi det medførte mindre oppmerksomhet rundt pasientens somatiske helse fra omgivelsene, på den måten at «ingen så dem». Ifølge deltakerne medførte

pasientenes sosiale isolasjon at de fikk lite støtte og korreksjon, noe som kunne bidra til dårlig livsstil, økt rusbruk og få personer som kunne mobiliseres når det var behov for hjelp.

En deltaker belyste hvordan ensomhet og dårlig nettverk kunne føre til at somatiske plager nærmest ikke blir oppdaget, at sykdommer ikke blir fanget opp i en sårbar gruppe som ikke nødvendigvis klarer å ivareta seg selv på en god måte. Hun sa det slik;

«Det kan jo være alt fra de som får diabetes, de kan bli gående lenge før de liksom sier noe, og mange av dem bor jo alene, har lite venner og få som ser til seg. Slik at det er ingen andre som begynner å legge merke til alt ikke er som det skal, at man kanskje er somatisk syk» (05).

En annen deltaker fremholdt at pasientenes ensomhet og mangel på gode sosiale nettverk kunne føre til økt bruk av rusmidler og usunne vaner som ikke var bra for deres somatiske helse. Hun illustrerte dette ved å sette seg inn i pasientens situasjon, og sa det slik;

«Det er jo bare meg, og da blir det kanskje ikke så farlig om man røyker tjue om dagen, eller om man tar tre glass vin for mye, for det er jo ingen som bryr seg» (03).

Alle deltakerne ga uttrykk for at det var et høyt forbruk av rus og tobakk i psykiatrien. De beskrev at pasientens sosiale isolasjon, mangel på stimuli og «spilleregler» bidro til at dette forbruket øker, og var negativt for deres somatiske helse. En deltaker fortalte at pasientene derfor er ekstra utsatt, og sa det slik:

«Vi vet jo at rus og bruk av tobakk er ekstrem innenfor psykiatrien, og at det er skadelig for dem. Altså, de er utsatt på alle områder» (02).

De psykiatriske sykepleierne beskrev at pasienter med alvorlig psykisk sykdom gjerne har «brukt opp» nettverket rundt seg, at de ofte har vært syk i lang tid og at relasjoner til familie og venner nærmest er «oppbrukt». Ifølge deltakerne kunne mangel på gode sosiale relasjoner og nettverk medføre at pasientene har færre ressurser å spille på når det er behov for somatisk helsehjelp, noe som gav de psykiatriske sykepleierne et større ansvar, og at de i større grad måtte representere pasienten. En deltaker fortalte om denne utfordringen slik;

«Mange av dem har ingen som står på for seg, har ingen pårørende. Er det en eldre som søker bolig, kan du være sikker på at det står en sterk pårørende bak, men er det en bostedsløs, rusavhengig psykisk syk person, har han ingen som står der. Familien,

den er enten utslitt, eller så har de kuttet ut kontakten. Og hvem kan da representere pasienten? Det er jo vi! Og da tror jeg det samme gjelder når de trenger somatisk helsehjelp, at de har ingen» (02).

4.1.3 utfordringer med pasientenes bruk av rus- og legemidler

Bruk av rus- og legemidler blant pasientene var ifølge deltakerne forbundet med flere utfordringer når det handlet om ivaretagelse av somatisk helse. De beskrev hvordan rusmidler ikke bare er en belastning for kroppen, men kompliserer oppfølging og behandling av pasienten ved at atferden forandres. Legemidler, og psykofarmaka spesielt, fremholdt deltakerne som utfordrende, noe som bidro til å påvirke arbeidet med ivaretagelse av somatisk helse, og ble knyttet til bivirkninger og økt bruk av ressurser til å følge opp behandlingen.

Deltakerne uttrykte at bruk av rusmidler, ruslidelse på toppen av alvorlig psykisk sykdom, kompliserer sykdomsbildet og gjorde det vanskelig, mer krevende for psykiatrisk sykepleier å følge opp og ivareta pasientens somatiske helse. De fremholdt pasienter med ROP-lidelser som klart mer utsatt for somatisk sykdom. En deltaker sa det slik;

«Når det kommer rus i tillegg, da er de i hvert fall i risikogruppen for å bli somatisk syk. For vi vet at rus på toppen av alvorlig psykisk sykdom gjør dem veldig utsatt for somatiske plager» (02).

En annen deltaker beskrev hvordan hun opplevde rusmidlers negative effekt på helsen slik;

«Rusmidler i seg selv, det gjør at kroppen degenereres og skades, og de blir jo bare enda sykere av det» (04).

Deltakerne beskrev hvordan pasientens atferd kompliseres, og gjorde det vanskeligere for psykiatrisk sykepleier å ivareta pasienten. En av dem uttrykte det slik;

«Ruslidelser i tillegg kompliserer saken veldig, og det har noe med at atferden kompliseres også, selv for oss som jobber med dette, og det blir en større utfordring. Ruspåvirkning forsterker i tillegg en negativ atferd» (02).

Bruk av legemidler, effekter og bivirkninger ved langtidsbruk av psykofarmaka, var noe alle deltakerne beskrev som utfordrende, og noe de måtte være oppmerksom på. De fremholdt at kontinuerlig observasjon av legemiddelbruk var viktig, og at behovet for fortsatt medisinerings måtte evalueres og tas opp med lege med jevne mellomrom. En deltaker uttrykte at fokus på

negative somatiske bivirkninger ved langtidsbruk av legemidler var mindre i psykiatrien, at dette ikke vektlegges like mye som bivirkninger i somatisk helsetjeneste. Hun sa det slik;

«Det er kanskje ikke så lett å tenke slik i psykiatrien, hva det somatisk gjør med dem når de får disse medikamentene, mens når du ikke er i psykiatrien, når det er ren somatikk, så begynner man å tenke på det. Jeg vet ikke hvorfor, om vi bare tenker på den psykiske helsa og medikamenter som nødvendig?» (02).

Et annet fenomen som flere deltakere uttrykte, var at ROP-pasienter hadde en raskere kroppslig aldring, at de ble fortere gammel som en følge av, ikke bare psykisk sykdom, men også bruk av rusmidler, legemidler og usunn livsstil. En av dem sa det slik;

«ROP-pasienter har en gammel kropp mye tidligere, fordi sykdommen i seg selv gjør at dem mister overskudd, til for eksempel å gå ut. Det er jo også en del av det hele, så det påvirker kroppen» (04).

4.1.4 Utfordringer med å forebyggende somatisk sykdom

De psykiatriske sykepleierne fortalte utfyllende om betydningen av å forebygge somatisk sykdom blant sine pasienter, og at dette kunne være utfordrende. Ifølge deltakerne var det vanskelig å få pasientene til å endre livsstil, som å motivere dem til bedre kosthold og mer fysisk aktivitet. Ifølge deltakerne handlet deres muligheter til å forebygge somatisk sykdom hos sine pasienter om dagligdagse tiltak rundt livsstil, motivasjon, hjelp til selvhjelp og bidra til meningsfullt sosialt samvær og miljøtiltak.

Ifølge deltakerne var det vanskelig å få pasientene til å endre vaner og livsstil, selv når det var helt nødvendig for prognosen, og de knyttet utfordringen til mindre impuls kontroll og tålmodighet blant sine pasienter. En deltaker fortalte om en pasient som hadde massive somatiske plager, der det var avgjørende at pasienten tok mer bevisste valg i forhold til egen helse. Hun sa det slik;

«Vi har en ROP-pasient som er veldig preget av KOLS, diabetes og hjerte- kar problemer, som har blitt anmodet av lege om å slutte med rus og røyk, men lykkes ikke. Jeg tenker at den psykiske delen, dette med viljen og toleranse-grensen for hva man klarer å utstå av frustrasjon, den er svekket hos disse pasientene. Slik at når de får utfordringer, så er det vanskeligere for dem å utstå, å ha en vilje til å gjennomføre. Jeg tror de på en måte er svekka for å ivareta sin somatiske helse» (06).

Pasientenes ofte dårlige kosthold var noe deltakerne fremhevet som problematisk, og fortalte at dette skyldtes impuls kjøp av mat som ofte er enkel å tilberede, og at de mangler rettledning og korrigerende der noen spør om dette er bra? Enkelte deltakere formidlet at ivaretagelse av pasientens somatiske helse kunne vært enklere, ikke bare med et sunnere kosthold, men også ved å minske medikamentbruken og mer fysisk aktivitet blant pasientene, men at dette var vanskelig for psykiatrisk sykepleier å få gjennomført i praksis. En deltaker fortalte det slik;

«Mange tyr til enkle og usunne måltider, noen overspiser, trøstespiser. Mye ligger nok der, og jeg tror en del helsemessige problemer kunne vært løst ved å minsket medikamentbruken og mosjonert mere. Mange av disse må ha et «push» for å komme videre, og det kan være vanskelig å motivere dem» (01).

Selv om deltakerne beskrev det som krevende å gjennomføre livsstil-forebyggende tiltak, uttrykte de at slike tiltak bidro stabiliserende og positivt også for pasientens *psykiske helse*, at det bidro til økt mestringfølelse og motivasjon hos pasientene. En deltaker sa det slik;

«Ivaretar du den fysiske helsen så bedrer du også den psykiske, og vi ser jo at medikamenter ofte medfører overvekt, og overvekt er jo en risikofaktor i seg selv» (02).

4.2 Somatisk kompetanse

Dette sentrale temaet omhandler utfordringer deltakerne formidlet knyttet til kompetanse med å ivareta somatisk helse hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser, om hvordan deltakerne opplevde egen og andre yrkesgruppers somatiske kompetanse i psykiatritjenesten. Deltakerne opplevde forventninger til sin somatiske kompetanse fra andre yrkesgrupper, og beskrev også selv at dette er noe de som sykepleiere skal ha i kraft av sin utdanning, «et klinisk blikk». De fortalte også utdypende om betydningen av å se kropp og sinn i en sammenheng, om å tenke helhetlig rundt pasientens somatiske helse, og om utfordringer med å forvalte somatisk kompetanse til beste for pasienten, og om sin erfaring med stigmatisering av pasientene.

I analysen ble temaet delt inn i to sub-grupper: 1) Utfordringer med helhetstenkning: psyke & soma, og 2) Utfordringer med stigmatisering.

4.2.1 Utfordringer med helhetstenkning: psyke & soma

Deltakerne snakket mye om helhetstenkning, at det var viktig å se pasientens psykiske og somatiske helse i en sammenheng for å forstå pasientens symptomer og behov, at «alt henger

sammen med alt». Å tenke helhetlig rundt pasienten kunne ifølge deltakerne være utfordrende fordi flere faktorer spilte inn og påvirket hverandre, og kunne gjøre det vanskelig å tolke det kliniske bildet. To av dem sa det slik;

«(...) det er ikke så enkelt å vite hva som er årsaken her, fordi alt henger sammen med alt, og innvirker på hverandre» (05).

«Okey, det er klart. Vi skal jo jobbe primært med psyken til folk, men vi kan jo ikke glemme at det hodet sitter på en kropp» (01).

En annen deltaker beskrev hvordan en alvorlig psykisk syk pasient, som også hadde somatisk sykdom som ga mye smerter i perioder, ble tiltakende psykotisk når smertene kom. Hun illustrerte utfordringen med helhetstenkning, og sa det slik;

«Vi hadde ei som var veldig psykisk syk, som også hadde somatiske utfordringer, blant annet smerter. Når hun fikk mye smerter, ble hun også tiltakene psykotisk. Så det var egentlig et symptom på smerte» (06).

Deltakerne mente ulike psykiske og somatiske plager kunne gi samme symptomtrykk, og beskrev det nærmest som differensialdiagnoser, og at det kunne være vanskelig å finne ut hva som er hva i det kliniske bildet. En av dem fremhevet forverring av depresjon som et eksempel, og at man ikke kunne utelukke somatiske forklaringer til en forverring av psykisk lidelse (03).

Deltakerne ga også uttrykk for at deres pasienter kunne ha somatiske plager som var psykisk betinget, at det ikke fantes noen diagnostiserbar kroppslig forklaring, og at det kunne være vanskelig å finne ut hvorvidt de somatiske symptomene var reelle. En deltaker sa det slik;

«(...) men hos noen er disse somatiske plagene kanskje rent psykisk, psykosomatisk, og da blir jo spørsmålet, hvordan skal man finne ut av det? Hva er hva her?» (05).

De psykiatriske sykepleierne beskrev det som en utfordring at somatisk kompetanse ikke alltid var like godt forankret i alle yrkesgrupper som jobbet i psykiatrien, og således evnen til å tenke helhetlig for å ivareta somatisk helse. En av dem sa det slik;

«Ulike sykdommer kan gi symptomtrykk som er likt. For eksempel en psykisk lidelse, men som ikke nødvendigvis er en psykisk lidelse. Det er ikke sikkert alle tenker det når de ikke har samme yrkesbakgrunn som meg som sykepleier» (03).

På samme måte som deltakerne opplevde at kompetanse på psykiske lidelser kunne heves innen somatikken, uttrykte de også at kompetanse på somatikk kunne bli bedre innen psykisk helsevern. De mente det kunne være utfordrende at ansatte ikke har tilstrekkelig somatisk kompetanse, også sin egen yrkesgruppe, sykepleiere. En deltaker sa det slik;

«Jeg tror på en måte det er nøkkelen, fordi som regel, i hvert fall vi som sykepleiere, har ofte jobbet innenfor somatikken før vi kommer hit. Ikke alle, men veldig mange, mens noen har bare jobbet i psykiatrien siden de var nyutdannet. De som har jobbet i somatikken har det somatiske i bakhodet når dem jobber, det er en stor fordel» (03).

Deltakerne opplevde å bli distansert fra somatiske problemstillinger, at deres arbeidsoppgaver handlet mest om pasientens psykiske helse, og mindre om det somatiske. Deltakerne opplevde det som en utfordring at de fikk lite somatisk erfaring, og kunne føle seg utrygg når de hadde ansvaret for alvorlig psykisk syke pasienter som også var somatisk syk. To av dem sa det slik;

«Før, da jeg jobbet som sykepleier her, hadde jeg et klarere forhold til det somatiske. Etter at jeg ble psykiatrisk sykepleier er det mye mer samtaler, og det er jo en viktig del av det å være psykiatrisk sykepleier, men samtidig må jeg fortsatt få lov til å se det somatiske» (03).

«Jeg har jobbet så lenge i psykiatrien at jeg har fjernet meg litt fra somatikken, og ser jo at jeg trenger å samarbeide med noen som kan mere somatikk enn meg. Føler meg kanskje litt sånn utrygg av og til, rett og slett, hvis jeg står alene i en situasjon» (06).

Det var stor variasjon i deltakernes somatiske erfaring, og de hadde ulik oppfatning av egen somatisk kompetanse. Deltakere fortalte at selv om ivaretagelse av somatisk helse var en del av deres arbeidshverdag, var de tross alt spesialisert innenfor psykisk helse, og det meste av arbeidet bestod av samtaler og aktiviteter som fokuserte på psykisk helse. De beskrev det som problematisk å miste kontakten med sin somatiske kompetanse, og at de hadde begrensede muligheter til å få somatisk erfaring i rus- og psykiatritjenesten, og at den somatiske kompetansen de hadde for det meste kom fra tidligere erfaring i somatikken.

4.2.2 Utfordringer med stigmatisering, neglisjering og krenkelses av pasientene

Deltakerne snakket mye om sine erfaringer med stigmatisering av pasienter med psykiske- og rusrelaterte lidelser. Det var ulike erfaringer i *hvilken grad* stigmatisering var et problem knyttet til å ivareta somatisk helse. Utfordringene handlet om at pasientene ikke ble tatt tilstrekkelig på alvor, og at de ble mistenkeliggjort når det var behov for somatisk helsehjelp.

En deltaker fortalte at hun opplevde pasientene sine som krenkbare, med høy grad av egenopplevd stigmatisering, og at pasientene lett kunne få en nederlagsfølelse når han eller hun ikke klarte å følge opp forventninger, for eksempel hos legen. Hun beskrev at enkelte pasienter kunne bli oppfordret til, for eksempel å komme seg ut hver dag, og være aktiv, noe de ikke alltid klarte å etterleve (04). Samme deltaker erfarte at pasientene kunne kjenne på at de ikke hadde «lyktes i livet», at de var sårbar og derfor kunne en uheldig setning som ikke var vondt ment, eller et «feil» blick være ekstra sårende for den det gjaldt. Ifølge deltakeren kunne denne sårbarheten gjøre det vanskelig å få pasienten til å oppsøke somatisk helsehjelp, fordi pasienten opplevde det som utrygt (04).

Selv om deltakerne fremholdt stigmatisering som mindre fremtredende i dag, sammenliknet med for et par tiår siden, erfarte enkelte at det fortsatt kunne være et problem at pasientene ikke alltid ble hørt, at de kunne bli neglisjert og ikke tatt på alvor når det var behov for somatisk helsehjelp. En deltaker uttrykte sin erfaring slik;

«Det jeg har erfart, for eksempel hvis det er behov for legevakt, la oss si en pasient har selvskadet seg, skjært seg, og så ringer vi og sier at vi trenger syng. Så sier dem, ja bare kom, men så blir pasienten plassert i et venterom og kan bli sittende i en time eller to. De klarer ikke å sitte og vente så lenge» (04).

Samme deltaker fortalte også at det var viktig å møte brukergrupper, ikke bare de med rus- og psykisk lidelse, men alle typer pasienter, med blanke ark og nye øyne hver dag. Hun uttrykte at stigmatisering og fordommer kunne skape en barriere mot å gi god somatisk helsehjelp, og uttrykte det slik;

«(...) møte pasienten så fordomsfri som mulig uten negative opplevelser fra tidligere. For det trenger ikke være angst denne gangen, det kan være et hjerteinfarkt» (04).

Rusproblematikk var ifølge deltakerne noe som forsterket stigmatiseringen. Bruk av rusmidler, ruslidelser i tillegg til psykisk lidelse, var en utfordring når pasienten hadde behov for somatisk helsehjelp. Deltakerne beskrev smerteproblematikk som et typisk eksempel der det kunne være vanskelig å gi god behandling, og de erfarte at ROP-pasienter med somatiske plager ofte ikke ble hørt, ikke ble tatt på alvor. En deltaker sa det slik;

«Hvis du sliter med mye smerter, og de vet at du er en rusmisbruker, både legalt og illegalt og i tillegg har psykiske problemer, da blir du ikke hørt, det opplever vi ofte» (01).

De psykiatriske sykepleierne uttrykte at ROP-pasienter kunne bli møtt med holdninger om at situasjonen deres er selvforskyldt, noe som kunne gjøre det vanskelig når det var behov for somatisk helsehjelp. En deltaker sa det slik;

«Med rus er det mye mere sånn; ja, men de hadde jo et valg, det er liksom selvforskyldt, det er min opplevelse av det» (02).

4.3 Organisering av tjenestetilbudet

Dette sentrale temaet omhandler utfordringer deltakerne beskrev knyttet til organiseringen av psykiatritjenesten der de jobbet, og betydningen den hadde for ivaretagelse av pasientenes somatiske helse. Organisatoriske utfordringer som deltakerne fremholdt var adskilt somatikk og psykiatri, og tverrfaglig samarbeid både innad i tjenesten og med andre tjenester.

I analysen ble temaet delt inn i to sub-grupper; 1) Utfordringer med adskilt somatikk og psykiatri, 2) Utfordringer med tverrfaglig samarbeid.

4.3.1 Utfordringer med adskilt somatikk og psykiatri

Deltakerne beskrev at organiseringen med adskilt somatikk og psykiatri, kunne medføre fragmentert oppfølging, uklar ansvarsfordeling og dårlig informasjonsflyt rundt pasientene. Det at somatisk og psykisk helsetjeneste var organisert hver for seg, ofte med geografisk store avstander, uttrykte de som problematisk fordi spesialisering kunne ta fokus vekk fra helhetstenkning, og at ivaretagelse av somatisk helse hos pasientene ble oppstykket med logistikkmessige utfordringer. En deltaker fortalte om sine forventninger til både koordinatorroller i spesialist og primærhelsetjenesten i denne sammenheng, og det nye pakkeforløpet for psykisk helse og rus. Hun sa det på denne måten;

«Det skal jo være koordinatører i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, og jeg har en klar forventning om at akkurat dette med organiseringen skal bli bedre ivaretatt. Vi må ikke begynne å dele det opp, håper jeg. Ja, for er du somatisk syk og i pakkeforløp, kreftomsorgen har jo hatt pakkeforløp lenge, og blir du psykisk syk under det pakkeforløpet så må dem jo ivareta den psykiske delen også» (02).

En annen deltaker uttrykte at det ofte var mye arbeid med å organisere pasientene til fastlege eller somatisk spesialisthelsetjeneste, og etterlyste en institusjonslege som kunne komme til boligen og se til de dårligste pasientene med langvarig somatisk sykdom. Hun trakk paralleller til sykehjem og sykehjemslege og sa det hadde samfunnsøkonomiske og individuelle fordeler med å samordne tjenester, å hjelpe pasienten der han eller hun er (04).

En av de mest erfarne psykiatriske sykepleierne erfarte at det kunne være vanskelig å få hjelp i somatisk spesialisthelsetjeneste til sine pasienter, at hun nærmest å måtte være pasientens advokat for å få nødvendig somatisk helsehjelp, slik det nå var organisert. Hun sa det slik;

«Utfordringen har vært å få ytterligere hjelp i forhold til det somatiske, og da tenker jeg ikke nødvendigvis på fastlege. Er det snakk om en sykehusinnleggelse, utredninger, en røntgen etc., så må vi slåss, vi må sloss for å få hjelp til dem» (02).

4.3.2 Utfordringer med tverrfaglig samarbeid

Samarbeidet med andre yrkesgrupper og tjenester var noe deltakerne var opptatt av, og knyttet utfordringer til når det handlet om ivaretagelse av pasientens somatiske helse. En av dem beskrev at samarbeidet med hjemmesykepleien kunne være krevende, og mente det skyltes tungvinte beslutningsprosesser som var lite endringsvillig. Hun opplevde diskusjoner rundt samarbeidsrutiner med hjemmesykepleien som lite fruktbar, nærmest fraværende (06).

Deltakerne fortalte at de i stor grad jobbet med samtaler, støttesamtaler, der somatisk helse ofte ikke var i fokus og at de var avhengig av godt tverrfaglig samarbeid innad i tjenesten for å ivareta den somatiske helsen til sine pasienter. Ifølge deltakerne trengte de tilbakemeldinger fra andre ansatte dersom det var somatiske problemstillinger. En av dem sa det slik;

«(...) Så derfor er vi avhengig av å få tilbakemelding. Det kan være kanskje nyoppdagede sår, for vi er jo ikke så ofte hjemme hos disse pasientene som miljøarbeiderne som er der kanskje både to og tre ganger i døgnet» (01).

5 Diskusjon

Denne studien har gjennom kvalitative forskningsintervju av seks psykiatriske sykepleiere undersøkt hvilke utfordringer deltakerne opplevde med å ivareta den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. I det følgende diskuteres studiens resultater i lys av tidligere forskning og teoretisk bakgrunn, med utgangspunkt i de sentrale temaene fra analysen; sykdomsforståelse, somatisk kompetanse og organisering av tjenestetilbudet.

5.1 Sykdomsforståelse

Resultater fra denne studien viste at deltakerne beskrev det som utfordrende å ha tilstrekkelig sykdomsforståelse knyttet til et komplekst og sammensatt sykdomsbilde hos sine pasienter, ofte med både alvorlige psykiske lidelser, ruslidelser og somatisk sykdom.

Tidligere forskning viser at selv om sykepleiere i psykisk helsevern og TSB jobber godt med pasientenes somatiske helse, trengs det større innsats for å imøtekomme deres fysiske behov, og det var krevende for sykepleiere å skulle ha kunnskap på alle områder pasienter innen psykisk helsevern har behov for (Melbye et al., 2017). Ifølge Melbye et al. (2017) er det for lite fokus på kompetanseheving, og sykepleiere opplevde det som utfordrende å ha et stort ansvar for sine pasienter, der tidsmangel og krav til effektivitet og høy produksjon, det vil si behandle flest mulig pasienter bidro til disse utfordringene. Ifølge Legeforeningens ressursgruppe for rus og psykiatri (2019) handler psykisk helsearbeid blant annet om forståelse av psykiske- og rusrelaterte lidelser gjennom et biopsykososialt perspektiv (*Figur 1.*), noe som betyr at psykiatriske sykepleierne må ta det biologiske, psykologiske og sosiale i betraktning i sin fagutøvelse. Malt et al. (2018) hevder at arbeidet med psykiske lidelser er et fag som kan være komplekst, fordi det favner vidt fra biologi til psykologi, sosiale og kulturelle forhold, og for å gjøre det beste for den enkelte pasient trengs derfor kunnskap om alle disse perspektivene, og ofte finnes det ikke bare én enkelt løsning på pasientens symptomer (Malt et al., 2018). Således samsvarer funnene i denne studien tidligere forskning og teori. Resultatene kan forstås slik at sykepleiefaglig fordypning gjennom, for eksempel den nye masterutdanningen i psykisk helse (Kunnskapsdepartementet, 2020) for sykepleiere, der fokus på somatisk helse og helhets-tenkning i større grad er fokus, vil kunne bidra til at psykiatriske sykepleiere opplever det som mindre utfordrende med et komplekst og sammensatt sykdomsbilde hos sine pasienter.

Studiens resultater avdekket at deltakerne opplevde utfordringer med at pasientene ofte har mangelfull forståelse, innsikt og kommunikasjon rundt egen somatisk helse, noe som gav deltakerne et stort ansvar, og de brukte mye tid på å følge opp pasientenes somatiske helse.

Studier har vist at sykepleierne bruker mye av sin tid på å være talsperson, og koordinere ulike tjenester på vegne av pasienten, fordi pasienten ofte ikke klarer dette selv (Karlsson & Kim, 2015, s. 75). Ifølge HOD (2019) forventes det at pasienten deltar aktivt i egen helse og behandling, og helsepersonell skal vurdere pasientens *helsekompetanse*, og tilpasse kommunikasjonen med pasientene deretter. Det er viktig å spørre hva som er viktig for pasienten når beslutninger skal tas, og den enkeltes helsekompetanse har således stor betydning for evnen til deltakelse i egen helse (HOD, 2019). Legeforeningens ressursgruppe for rus og psykiatri (2019), fremholder at pasienter med alvorlige psykiske lidelser har utfordringer med å ta autonome og gode vurderinger i forhold til egen somatiske helse og at denne pasientgruppen trenger mer tid til å gjøre seg forstått, og presenterer ofte uklare symptomer som uttrykk for somatisk sykdom. WHO (2015) henstiller helsepersonell til å være spesielt oppmerksom på, og ikke overse, somatisk helse og livsstilsfaktorer hos disse pasientene, og sørge for at denne gruppen *minst* får den samme ivaretagelse som i vanlige somatiske faglige retningslinjer, som den generelle befolkning. Studiens funn samsvarer med tidligere forskning og teori, og når pasienten ikke har tilstrekkelig helsekompetanse, er det nærliggende at de psykiatriske sykepleierne får et stort ansvar, og må bruke mye ressurser på å ivareta pasientenes somatiske helse, og nærmest være pasientens advokat.

Ett av funnene i studien var at deltakerne opplevde det som en barriere at somatisk helsevesen ikke alltid var komfortabel med alvorlig psykisk syke pasienter som ofte hadde en annen atferd og kommunikasjon, der vrangforestillinger og mistenksomhet ble nevnt som eksempel.

NSF (2017) fremholder at sykepleiere *generelt* etterspør kompetanseheving innen psykisk helse, og at over 40% av sykepleierne oppgir å ha manglende kompetanse innen psykiatri og at det er nødvendig å øke kompetansen innen psykisk helse og rus hos alle sykepleiere (s. 13). Også Ververda et al. (2013) beskriver at sykepleiere på somatiske sykehus selv mente de hadde lite kunnskap om psykiske lidelser, og ønsket seg mer kunnskap om dette, og at forutinntatthet kan føre til usikkerhet, redsel og negative holdninger blant sykepleierne som medførte at sykepleierne fokuserte på det de ikke kan, fremfor det de faktisk kan. Dette funnet samsvarer med tidligere forskning, og kan tyde på at behovet for kompetanseheving går begge

veier, i betydningen av at somatisk kompetanse må heves i psykiatrien, og at kompetanse om psykiske lidelser må heves i somatikken.

Et litt overraskende og interessant funn, var at deltakerne opplevde at pasientene hadde dårlige sosiale nettverk, og beskrev dem som ofte ensomme, og at dette bidro til dårlig livsstil, økt rusbruk og mindre fokus på somatisk helse fordi «ingen så dem».

Det er ifølge Holt-Lunstad et al. (2015) allment akseptert at somatisk helse påvirkes av miljø- og livsstilsfaktorer som eksempelvis røyking, kosthold, fysisk aktivitet og forurensning. Vitenskapelig litteratur vier mindre oppmerksomhet til hvordan sosiale faktorer påvirker vår somatiske og mentale helse, og at ensomhet og sosial isolasjon har minst like stor betydning som de mer etablerte risikofaktorer (Holt-Lunstad et al., 2015; Røssberg, Rødevand, Clausen & Andreassen, 2019a). «Ensomhet: Den glemte faktor i psykisk helsearbeid?» var tema under Arendalsuka i 2019 der forskere fra NORMENT: Norsk senter for forskning på mentale lidelser og SERAF – Senter for rus og avhengighetsforskning holdt foredrag og skrev blogginnlegg (Røssberg et al., 2019a). Ifølge Røssberg et al. (2019a) er ensomhet tett knyttet til psykiske lidelser, somatisk helse og rus. Ensomhet er langt mer utbredt hos personer med alvorlige psykiske lidelser, og over 80% av personer med slike lidelser opplever ensomhet som den største utfordringen for egen livskvalitet. Til sammenlikning har befolkningsundersøkelser vist at 20% av oss nordmenn føler oss ensomme (Røssberg, Rødevand & Andreassen, 2019b), og en av ti norske 70 åringer oppga at de ofte følte seg ensomme (Hansen & Slagsvold, 2016). Ensomhet utgjør en like stor risiko for somatisk helse, sykdom og død som røyking, usunt kosthold og lite mosjon (Røssberg et al., 2019a). Ensomhet bidrar til dårlig helse, og dårlig helse bidrar til ensomhet (Mushtaq et al., 2014; Røssberg et al., 2019a; Stickley et al., 2016). «Tiltak mot ensomhet hos personer med alvorlige psykiske lidelser kan gi bedre fysisk helse og lavere dødelighet» (Røssberg et al., 2019a). Selv om resultatene fra denne studien baserer seg på de psykiatriske sykepleiernes opplevelse av pasientene som sosialt isolerte og ensomme, vet vi ikke hvordan pasientene selv følte det, men funnene har god forankring i ovennevnte forskning og teori. Det er grunn til å tro at mangelfulle sosiale nettverk og ensomhet blant personer med alvorlige psykiske lidelser, som beskrives av deltakerne i denne studien, er en utfordring for å ivareta den somatiske helsen. Kanskje er dette også et problemområde som ikke krever så store ressurser for å forbedre, for eksempel enkle miljøtiltak med meningsfull sosial aktivitet.

Funn i studien viser at pasientenes bruk av rus, og legemidler var en utfordring i deltakernes arbeid med somatisk helse, og at rusmidler ikke bare påvirker pasientenes somatiske helse negativt, men også kompliserer oppfølging og behandling ved at atferden forandres.

Funnene samsvarer med tidligere forskning der Flesland (2014) fremholder at rusmiddelbruk blant pasienter i kommunehelsetjenesten var relativt vanlig, økende i omfang, og en dominerende årsak til somatiske sykdommer. En utfordring sykepleiere i kommunehelsetjenesten opplevde med å ivareta somatisk helse hos sine pasienter var problematisk rusatferd, psykisk lidelse og samtidig somatisk sykdom, og de etterlyste mer kunnskap om vanedannende medisiner. Flesland (2014) viser til at personer med ruslidelser får aldersrelaterte somatiske sykdommer tidligere og «(...) kroppslig ferdig 25 år før tiden» (Flesland, 2014). Også Karlsson & Kim (2015) fant i sin studie at et økende antall eldre i alderen 50-70 år med store sammensatte utfordringer knyttet til psykiske lidelser, rus og somatiske helseproblemer var en utfordring for sykepleiere i kommunal rus- og psykiatritjeneste. Sykepleierens kompetanse ble beskrevet som både påkrevet og verdsatt ved et sammensatt sykdomsbilde, der kompetansen ble beskrevet som evne til å se hele mennesket som en helhet i betydningen av det fysiske, det psykiske, det sosiale og det eksistensielle, med det sykepleiefaglige blikket og den somatiske kompetansen (Karlsson & Kim, 2015). ROP lidelser beskrives som en kombinasjon, som en kompliserende faktor som øker risiko for somatisk sykdom og tidlig død betydelig (Denison et al, 2020, s. 16; Nordentoft et al., 2013). Pasienter med ROP lidelser mottar også mindre undersøkelse og behandling for somatiske sykdommer enn pasienter uten psykiske lidelser, og bivirkninger av legemidler og rusmiddelbruk spiller en viktig rolle (Nordentoft et al., 2013; Storm, 2018). I tillegg er personer med ruslidelser, ifølge van Boekel et al. (2013) utsatt for stigmatisering og negative holdninger, noe som er vanlig i forhold til denne gruppen, og bidrar til sub-optimal somatisk behandling i helsevesenet, og negative holdninger blant helsepersonell reduserer pasientens følelse av Empowerment og dertil utfallet av behandlingen (van Boekel et al., 2013). Bivirkninger av psykofarmaka har også, ifølge Nordentoft et al. (2013) betydning for somatisk helse. Når Helsedirektoratet (2012) i tillegg beskriver at rusdiagnoser kan settes når følgene av rusbruk påvirker en persons livssituasjon og livsførsel på en *ødeleggende måte*, og skadelig bruk også knyttes til *somatisk helse* (s. 17) er det liten tvil om at funnene i denne studien som omhandler pasientenes bruk av rusmidler, rusatferd og legemidler som en utfordring for ivaretagelse av somatisk helse, samsvarer med tidligere forskning og teori.

Resultater fra studien viser at forebygging av somatisk sykdom hos pasientene var en utfordring for deltakerne, og ble begrunnet i vanskeligheter med å motivere pasientene til livsstilsendringer og mindre impuls kontroll og tålmodighet blant pasientene, for eksempel under innkjøp og tilberedning av mat og ved forsøk på røykeslutt. Deltakerne beskrev sine muligheter til å forebygge somatisk sykdom hos sine pasienter som begrenset, og handlet om dagligdagse tiltak rundt kosthold, livsstil, hjelp til selvhjelp og psykososiale miljøtiltak.

Tidligere forskning viser at den fremste arbeidsmåten til sykepleiere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid var direkte klinisk arbeid med pasientene (90%), der støttesamtaler, motivasjonsarbeid og relasjonsbygging var sentralt, også med fokus på somatisk helse og hva den enkelte pasient hadde behov for i hverdagen (Karlsson & Kim, 2015). Ifølge WHO (2015) er det utfordrende å forebygge somatisk sykdom hos personer med alvorlig psykisk lidelse. Ikke bare fordi det er vanskelig å skille mellom somatiske risikofaktorer som er knyttet til den psykiske lidelsen, sosioøkonomiske forhold, og faktorer i helsevesenet, men også fordi tiltak som har til hensikt å forebygge somatisk sykdom i den generelle befolkningen antas å være mindre effektive blant personer med alvorlig psykisk lidelse. Årsaken er kognitive mangler og spesielle behov i denne gruppen, og slike tiltak er krevende fordi de i stor grad vil kreve en skreddersydd tilnærming (WHO, 2015). Kunnskapsgrunnlaget om organiserte forebyggende tiltak for å fremme sunne levevaner hos personer med alvorlige psykiske lidelser, kjennetegnes ifølge Denison et al. (2020) av små og få studier, og dokumentasjon av slike tiltak er sparsom og påvirker ikke sykkelighet og dødelighet i denne gruppen. Funn i studien viste at dersom deltakerne ivaretok den somatiske helsen, så bedrer man også den psykiske. Dette samsvarer godt med Denison et al. (2020) som fremholder at slike forebyggende tiltak kan bedre symptomer på den psykiske lidelsen, og gi bedre livskvalitet og etterlevelse av medisiner (s. 38). WHO (2018) beskriver også i sine kunnskapsbaserte retningslinjer at denne pasientgruppen ofte har helserelevante risikofaktorer som i sin tur kan bidra til somatisk sykdom. Tiltak for å fremme sunne levevaner kan således tenkes å ha positiv betydning for somatisk helse i denne pasientgruppen (Denison et al., 2020). Studiens funn om utfordringer knyttet til pasientens manglende motivasjon og tålmodighet samsvarer med Lien et al. (2015) som hevder at det må tas hensyn til at mangel på energi og motivasjon er større i denne gruppen, og evne til egenomsorg er mindre, enn de uten psykiske lidelser. Forebygging med utgangspunkt i *vanlige anbefalinger* om kosthold, mosjon, røyking og alkohol, medfører at pasientene må følges tett, og tiltak må planlegges og

iverksettes, tilpasset den enkelte pasients hverdag, der det må legges en plan for den somatiske helsetilstanden hos hver enkelt pasient, med fokus på små skritt (Lien et al., 2015). Foreliggende kunnskapsgrunnlag samsvarer med funnene i denne studien om at forebyggende tiltak mot somatisk sykdom er ressurskrevende, i form av skreddersydde, individuelle tiltak der pasientene må følges tett.

5.2 Somatisk kompetanse

Resultater fra denne studien viser at deltakerne knyttet utfordringer både til egen somatiske kompetanse med å ivareta somatisk helse hos sine pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og hos andre yrkesgrupper de samhandlet med i psykiatritjenesten. De psykiatriske sykepleierne opplevde å bli distansert fra somatiske problemstillinger ved at arbeidsoppgavene handlet mest om pasientens psykiske helse, og at de fikk lite somatisk erfaring og kunne føle seg utrygg når de hadde ansvar for alvorlig psykisk syke pasienter som også hadde somatiske sykdommer. Deltakerne opplevde også forventninger fra andre yrkesgrupper om at de som sykepleiere har somatisk kompetanse, og det kliniske blikket.

Funn i studien om deltakernes erfaring av å jobbe for lite med somatisk helse, og at arbeidet med somatisk helse ikke vektlegges tilstrekkelig samsvarer delvis med tidligere forskning. Melbye et al. (2017) fremholder at så mange som fire av ti sykepleiere innen psykisk helsevern i liten grad, eller ikke i det hele tatt jobber med fysiske helseproblemer. Ifølge Melbye et al. (2017) kan dette kan tyde på at fysisk helse i for liten grad vektlegges med tanke på at svært mange pasienter innenfor psykisk helsevern også har fysiske plager. Melbye et al. (2017) fremholder hindringer sykepleiere i psykisk helsevern opplever for å imøtekomme pasientenes behov, inkludert det somatiske, og trekker frem tidsmangel og høyt arbeidspress, men også for dårlig kontinuitet i behandlingsskjeden. En annen studie (Karlsson & Kim, 2015) viste derimot at den fremste arbeidsmåten til sykepleiere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid var direkte klinisk arbeid med pasientene, og utgjorde 90% av arbeidet der tilnærmingen fokuserte på hva den enkelte pasient hadde behov for i hverdagen, og at det somatiske var sentralt i det terapeutiske arbeidet (Karlsson & Kim, 2015, s. 83-84). Dette tyder på at resultater fra denne studien stemmer med *noe* tidligere forskning.

Funn i denne studien som omhandler deltakernes opplevelse av egen og andre yrkesgruppers somatiske kompetanse samsvarer med Melbye et al. (2017) som fremholder at lav bemanning

med for mange ufaglærte og liten tilgang til personell med somatisk kompetanse, og at helsepersonell, utover sykepleierne selv, ikke ivaretok, ikke vektla pasientens somatiske helse tilstrekkelig, noe som medførte at pasienten ikke fikk den helsehjelp han/hun hadde behov for. Funnene i denne studien som viste at deltakerne opplevde forventninger fra andre yrkesgrupper de samhandlet med i psykiatritjenesten, til sin somatiske kompetanse, er i samsvar med tidligere forskning. Karlsen (2009) hevder at det som kjennetegner psykiatriske sykepleieres spesifikke kompetanse i forhold til de andre høgskoleutdannede yrkesgruppene, kunnskap om kroppen, og sammenhenger mellom psykiske lidelser og kroppslige symptomer. Statens helsetilsyn (2001) beskriver også somatisk kompetanse som noe fagfolk innen psykisk helsevern bør inneha for å møte utfordringene i helsetjenesten.

Resultatene viser at de psykiatriske sykepleierne var opptatt av helhetstenkning, at de var bevisst på å se pasientenes psykiske og somatiske helse i en sammenheng for å forstå hans eller hennes symptomer og behov. Å inneha et helhetlig perspektiv fremholdt deltakerne som utfordrende, for eksempel fordi flere faktorer spilte inn og påvirket hverandre og gjorde det vanskelig å tolke det kliniske bildet.

Dette samsvarer med at god omsorg forutsetter at man ser, forstår og møter den enkelte pasient med sin lidelse, som en kompleks, integrert *helhet* med en fysisk, emosjonell, sosial, kulturell og åndelig dimensjon» (Hummelvoll, 2014, s. 8). Også Malt et al. (2018) fremholder at arbeidet innen psykisk helsevern kan være komplekst, at det ofte ikke finnes bare én enkelt løsning på pasientens utfordringer og at det derfor trengs kunnskaper innen flere områder, som biologi, psykologi og sosiale forhold (s. 135). Dersom psykiatrisk sykepleier ikke innehar tilstrekkelig somatisk kompetanse, og en helhetlig forståelse, kan det tenkes at pasienten ikke får den beste behandlingen, som i nevnte tilfelle der somatiske smerter forverret psykotiske symptomer. Resultatene underbygges av Legeforeningens ressursgruppe for rus og psykiatri (2019), som fremholder at inntil 10% av pasienter som behandles ved psykiatriske poliklinikker hadde somatisk lidelse *som årsak* til sine psykiske plager, eksempelvis cøliaki, diabetes eller stoffskiftesykdom. Når det psykiske symptomet som lå til grunn for henvisningen forsvant da den somatiske lidelsen ble korrigeret, sier noe om viktigheten av å tenke somatikk også når pasienten primært presenterer psykiske symptomer (s. 24).

Et funn i studien var deltakernes utfordring med å vurdere det kliniske bildet når pasienter hadde somatiske symptomer som man ikke fant noen diagnostiserbar kroppslig forklaring på, og man mistenkte at symptomene var psykisk betinget, psykosomatiske symptomer.

Det er ifølge Malt et al. (2018) høy samsykelighet mellom psykiske og psykosomatiske lidelser, og mange psykiske lidelser kan først komme til uttrykk gjennom psykosomatiske symptomer. Det er ikke uvanlig at pasienter kan formidle kroppslige symptomer fremfor underliggende følelser (Se *Figur 1.*), eksempelvis formidle ensidige kroppslige symptomer som tung pust eller hodepine uten å fortelle om psykososiale forhold som kan forklare symptomene (Malt et al., 2018, kap. 18). Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring er ifølge Fors, Jacobsen, Borchgrevink & Stiles (2014) utfordrende å forholde seg til, både for pasienten og helsearbeidere, og de kan være vanskelig å forstå. Ifølge Stickley et al. (2016) var også ensomhet assosiert med, ikke bare hyppigere somatiske symptomer, men også psykosomatiske symptomer. Funnene i denne studien der deltakerne opplevde utfordringer med å forstå det kliniske bildet, som i eksempelet der psykiatrisk sykepleier stilte spørsmålet «hva som er hva», med tanke på somatiske symptomer hos pasienten i det kliniske bildet, samsvarer med tidligere forskning og teori.

Resultater viser at stigmatisering var en utfordring for deltakerne i arbeidet med å ivareta somatisk til sine pasienter. Det var ulike erfaringer blant deltakerne i hvilken grad stigmatisering var en barriere, og handlet om at pasientene ikke ble tatt tilstrekkelig på alvor, neglisjert og mistenkeliggjort.

Studier har vist at stigmatisering og negative holdninger blant helsepersonell i forhold til denne gruppen pasienter er vanlig, og kan bidra til sub-optimal somatisk behandling i helsevesenet, og negative holdninger blant helsepersonell reduserer pasientens følelse av Empowerment og dertil utfallet av behandlingen (Adriaensen et al., 2011; van Boekel et al., 2013). Tidligere studier samsvarer også med denne studiens empiri som avdekker deltakernes erfaring med at rusproblematikk forsterker stigmatisering, og at ROP pasientene deres kunne bli møtt med holdninger om at lidelsen er selvforskyldt. I tillegg fremholder van Boekel et al. (2013) at helsepersonell er mindre involvert i arbeidet med denne pasientgruppen og blir mer «oppgave-orientert» i sin tilnærming med å levere helsehjelp, noe som medførte mindre personlig engasjement og empati. Det kan synes som utfordringer med stigmatisering av denne gruppen pasienter blir forsterket gjennom studiens empiri om ensomhet, fordi Røssberg

et al., (2019a) fremholder at ensomhet også er knyttet til stigma, og har en negativ merkelapp ved seg. Corrigan & Watson (2002) fremholder at personer med alvorlig psykisk sykdom får en dobbel utfordring, en dobbel belastning, ved at de på den ene siden sliter de med symptomer og funksjonshemninger som følge av sykdommen, og på den andre siden blir de utfordret av stereotypene og fordommene som skyldes misforståelser om psykiske lidelser (Corrigan & Watson, 2002). Funn i studien kan tyde på at ivaretagelse av somatisk helse hos personer med alvorlige psykiske lidelser utfordres, ikke bare av stigma knyttet til sykdommen, men at også ensomhet er knyttet til stigma, og gir en ekstra belastning (Røssberg et al., 2019a).

5.3 Organisering av tjenestetilbudet

Funn i studien viser at organiseringen av psykiatritjenesten var en utfordring for deltakernes ivaretagelse av somatisk helse til sine pasienter. Organisatoriske utfordringer handlet i hovedsak om adskilt somatikk og psykiatri og tverrfaglig samarbeid.

Ifølge Karlsson & Kim (2015) opplevde sykepleiere kommunalt psykisk helse- og rusarbeid utfordringer knyttet til organisatoriske forhold som om-organiseringer og tverrfaglig samarbeid, og brukte mye av sin tid på å være talsperson, og koordinere ulike tjenester på vegne av pasienten. Dette samsvarer med funn i denne studien der deltakerne opplevde organiseringen med at psykiatritjenesten er atskilt fra somatisk helsetjeneste bidrar til fragmentert oppfølging, uklar ansvarsfordeling og dårlig informasjonsflyt rundt pasientene. Studiens funn viste også at deltakerne erfarte at en slik form for spesialisering tok fokus bort fra helhetstenkning og gav logistikkmessige utfordringer i det somatiske arbeidet. Dette samsvarer med Iversen & Hauksdottir (2020) som fremholder at behandling av ulike sykdommer hver for seg, ofte på ulike geografiske steder, skaper spesialisering som medfører økt behov for tverrprofesjonell samhandling og koordinering, som igjen går ut over pasienter med langvarige og sammensatte helsebehov (s. 30). Ifølge HOD (2009) var ett av hovedmålene i samhandlingsreformen (2008-2009) å overføre mer ansvar til kommunene for å bidra til at tjenestene kunne sentreres rundt pasienten og hans eller hennes behov for behandling. HOD (2019) slår i helse- og sykehusplanen (2020-2023) fast at det er behov for en bedre samordning av de psykiske og somatiske helsetjenestene gjennom samlokalisering av somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Fra 2017 fikk kommunene plikt til å ivareta

øyeblikkelig hjelp også for pasienter og brukere innen psykisk helse- og rus, noe som sidestiller kommunens ansvar for psykisk helse og rus, med somatikk (NSF, 2017). Resultatene fra denne studien kan tyde på at psykisk helsevern i kommunene ikke er helt i mål med intensjonene i samhandlings-reformen, og sammenfaller med utfordringsbildet innenfor dagens psykisk helsevern der HOD (2019) fremholder behov for å videreutvikle tjenestene gjennom bedre samhandling, også mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, samt bedre systematikk og rutiner for somatisk undersøkelse og behandling. Innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus har til hensikt å adressere disse utfordringene (HOD, 2019, s. 57). NSF (2017) fremholder at bedre integrering vil bidra til alminneliggjøring og mindre stigma, og en mer helhetlig og tverrfaglig pasientbehandling, samt tilgjengelig somatisk og psykisk kompetanse. Funn i studien samsvarer således med teori om at organiseringen, også av den kommunale psykiatritjenesten i større grad bør vektlegge samordna tjenester. Som en av deltakerne uttrykte, kunne det være mye arbeid med å organisere pasienter til fastlege, og deltakeren etterlyste en institusjonslege som kunne se til de dårligste pasientene med langvarig somatisk sykdom, nærmest som et lavterskeltilbud som i en sykehjem modell, en lege på stedet.

Resultater fra studien avdekker at tverrfaglig samarbeid kunne by på utfordringer for deltakerne i arbeidet med den somatiske helsen til pasientene. Utfordringene lå både innad i egen tjeneste og i samarbeidet med andre helsetjenester.

Tidligere forskning (Flesland, 2014) viser at kommunalt ansatte sykepleiere utfordres i arbeidet med ivaretagelse av eldre med rusmiddelbruk gjennom manglende informasjonsflyt og tverrfaglig samarbeid mellom de involverte tjenester. Dette samsvarer med funn i denne studien der en deltaker beskrev utfordringen med å få tilbakemelding fra annet personale når det var behov for somatisk vurdering av sykepleier. Ifølge Melbye et al. (2017) er hindringer sykepleiere i psykisk helsevern trekker frem for å imøtekomme pasientenes behov, inkludert det somatiske, tidsmangel og høyt arbeidspress, men også forhold ved den interne organiseringen på arbeidsplassen (s. 13). Ifølge Statens helsetilsyn (2001) er det et særtrekk ved eldre mennesker med psykiske lidelser at somatiske sykdommer forekommer svært ofte i varierende sammenheng med de psykiske lidelsene som behandles. Årvåkenhet i forhold til somatiske sykdommer og tett samarbeid med øvrig somatisk helsetjeneste er derfor en betingelse for forsvarlig drift innen psykisk helsevern (Statens helsetilsyn, 2001. s. 28). HOD (2019) peker på behovet for å utvikle tjenestene gjennom bedre samhandling og bruk av

teknologi, og ifølge Storm (2018) må fremtidens helsetjenester til personer med alvorlig psykisk lidelse også inkludere tiltak for somatisk helse, og tar opp muligheter i teknologi. Eksempelvis helseteknologi som kan bidra til egenomsorg og mestring av somatisk sykdom gjennom å dele erfaringer og informasjon med andre, og å lære av andre i samme situasjon Storm (2018). Funnene i denne studien samsvarer med tidligere forskning og teori, og det kan tenkes vi ser mer av helseteknologi i psykisk helsevern i tiden som kommer, for eksempel ved at pasienter i større grad kommuniserer med sykepleier med somatisk kompetanse.

6 Avslutning

I dette kapittelet oppsummeres studiens funn, og det redegjøres for styrker og begrensninger ved studien, samt mulig betydning for praksis og forslag til videre forskning.

6.1 Oppsummering

Studiens resultat viser at det var en utfordring for psykiatriske sykepleiere å ha tilstrekkelig sykdomsforståelse knyttet til et komplekst og sammensatt sykdomsbilde hos sine pasienter. Tidligere forskning viser at det er krevende for sykepleiere å skulle ha kunnskap på alle områder pasienter innen psykisk helsevern har behov for, og at det er for lite fokus på kompetanseheving, samtidig som det er behov for større innsats med å ivareta disse pasientenes somatiske helse (Melbye et al., 2017). Teorien viser at arbeidet med psykiske lidelser kan være komplekst, og favner vidt fra biologi til psykologi, sosiale og kulturelle forhold (Malt et al., 2018). Slik er studien i tråd med tidligere forskning og teori, og viser at fagutvikling, kunnskapsbasert praksis bør stå sentralt.

Studien viser også utfordringer knyttet til deltakernes somatiske kompetanse, og slik kompetanse hos andre yrkesgrupper de jobbet sammen. Deltakerne fikk liten somatisk erfaring i psykiatritjenesten, noen som bidro til usikkerhet ved somatiske problemstillinger. Tidligere studier har vist at en stor andel av sykepleiere innen psykisk helsevern i liten grad jobber med somatisk helse, og kan tyde på at dette ikke vektlegges nok (Melbye et al., 2017). Andre studier har vist at den fremste arbeidsmåten til sykepleiere i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid var direkte klinisk arbeid, der det somatiske var sentralt (Karlsson & Kim, 2015). Således er tidligere forskning noe sprikende i forhold til denne studien. Teori viser at somatisk kompetanse utvikles gjennom kunnskaper og ferdigheter (Vandvik & Eiring, 2011). Denne studien viser at dersom sykepleiere ikke får utviklet ferdigheter, blir det vanskelig å opprettholde somatisk kompetanse, og at det var behov for en mer kunnskapsbasert praksis.

Studiens resultater avdekket også organisatoriske utfordringer blant deltakerne, der adskilt somatikk og psykiatri og tverrfaglig samarbeid var sentralt. Adskilte tjenester medførte fragmentert oppfølging, uklar ansvarsfordeling og dårlig informasjonsflyt rundt pasientene, og tverrfaglig samarbeid ble utfordret gjennom tungvinte beslutningsprosesser, liten endringsvilje og manglende informasjonsflyt. Tidligere forskning viser at sykepleiere innen psykisk helsevern opplever utfordringer knyttet til organisatoriske forhold som tverrfaglig

samarbeid, der de bruker mye av sin tid på å være talsperson, og koordinere ulike tjenester på vegne av pasienten (Karlsson & Kim, 2015). Teori viser at behandling av ulike sykdommer hver for seg, ofte på ulike geografiske steder, skaper spesialisering som medfører økt behov for tverrprofesjonell samhandling og koordinering, som igjen går ut over pasienter med langvarige og sammensatte helsebehov (Iversen & Hauksdottir, 2020). Således er studien i tråd med forskning og teori på feltet, og viser at det er behov for bedre samhandling mellom tjenestene, og bedre rutiner for somatisk undersøkelse og behandling.

6.2 Styrker og begrensninger ved studien

Det er en styrke ved denne studien at den kan bidra med kunnskap og belyse et felt hvor det foreligger lite forskning fra et sykepleieperspektiv. En fordel med studien er at den kan bidra til nye problemstillinger og studier, som igjen kan føre til økt innsikt og kompetanse på feltet.

Studiens *gyldighet* er en styrke ved at metoden er egnet til å undersøke det den skal undersøke, og det er benyttet individuelle semi-strukturerte dybdeintervju for å besvare forsknings-spørsmålet, og en intervjuguide for å innhente empiri om relevante tema. Resultatene gir således *gyldig kunnskap* om problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015). Videre er metodebruken, selve fremgangsmåten i forskningsprosessen grundig og detaljert beskrevet, der forskerens troverdighet og håndverksarbeid er transparent, noe som bidrar til *overførbarhet* (ekstern gyldighet) (Jacobsen, 2005) ved at andre forskere kan gjenta prosjektet på et senere tidspunkt, selv med andre problemstillinger eller perspektiv.

Studiens *pålitelighet* er ivaretatt ved at forskningsresultatene konsistens og troverdighet gjennom et godt datagrunnlag, i betydning av 6 individuelle semi-strukturerte dybdeintervju, med et strategisk utvalg bestående av spesialutdannede sykepleiere innen psykisk helse med betydelig erfaring som kan belyse problemstillingen på en reflektert måte (Tjora, 2017). I tillegg har denne studien en grundig og detaljert beskrivelse av «undersøkelses-oppleggets faser» (Jacobsen, 2005) og resultatet kan reproduseres av andre forskere ved hjelp av den samme metoden (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne studiens *troverdighet* er således tilstrebet ivaretatt gjennom resultater som er gyldige, pålitelige og overførbare.

Forskning i eget felt er både en styrke og en begrensning. Styrken handler om at forsker har kunnskap om temaer det er nyttig å studere, og arbeidet med problemstilling og intervjuguide

kan bli enklere. Begrensning kan være at forsker ikke oppdager temaer og fenomener som han ikke kjenner til, på grunn av sin forforståelse, og presentasjon av resultater kan preges av hans interesse, erfaring og kompetanse. I denne studien har jeg som forsker forsøkt å beskrive min *refleksive* holdning for å kunne gi de empiriske dataene en analytisk fortolkning gjennom redegjørelse for, og kritisk vurdert de etiske og vitenskapelige utfordringene ved forskerrollen. For eksempel betydningen av min egen rolle i samhandling med deltakerne, de empiriske dataene, de teoretiske perspektivene, og den forforståelsen jeg bringer med meg inn i prosjektet. Ifølge De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010) innebærer *refleksivitet* refleksjoner over egen forskerrolle, samt en redegjørelse for hvordan jeg som forsker vil møte aktuelle problemstillinger knyttet til denne rollen, både i planleggingen og i gjennomføringen.

6.3 Implikasjoner for praksis

Ifølge Kvale & Brinkmann (2015) har forskningsintervjuet til hensikt å produsere kunnskap, og studiens intervjuer kan umiddelbart bidra med å bevisstgjøre deltakere om temaer de jobber med i hverdagen, men som de kanskje ikke er like bevisst på. Samtaler om temaer som ble presentert under intervjuene kan således være kunnskapsfremmende for deltakerne i deres daglige arbeid.

En implikasjon for praksis vil kunne være å vie større oppmerksomhet til den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, for eksempel ved å innføre lokale rutiner som baseres på oppdaterte faglige retningslinjer for denne pasientgruppen. Eksempelvis har Verdens helseorganisasjon utarbeidet en guideline for ivaretagelse av somatisk helse til personer med alvorlige psykiske lidelser (WHO, 2018), som de fleste funnene i denne studien berører. Denne studien kan således bidra til en bedre kunnskapsbasert praksis.

En annen implikasjon vil kunne være å rekruttere ansatte til den nye masterutdanningen i psykisk helse- og rusarbeid for sykepleiere som skal bidra til at psykiske helsetjenester, rusbehandling og somatikk skal henge bedre sammen. Det vil ta noe tid før kandidater eventuelt er på plass, og i mellomtiden kan det for eksempel være aktuelt at en ansatt i tjenesten, med interesse for temaet, kan få somatisk helse som sitt ansvarsområde i sitt daglige arbeid. Implikasjonen er ikke tenkt å erstatte forløpskoordinator for pakkeforløp, men mer nærmest som en «helhets-koordinator», der forebygging, behandling og oppfølging

kunne inngå i en stillingsbeskrivelse. En nærliggende implikasjon for praksisfeltet er å jobbe forebyggende mot sosial isolasjon, ensomhet og stigmatisering i denne pasientgruppen.

6.4 Videre forskning og muligheter

Selv om denne studien har fokus på *utfordringer* med ivaretagelse av somatisk helse hos personer med alvorlige psykiske lidelser, har vi et godt utgangspunkt for å møte disse utfordringene. For eksempel ved at temaet har faglig og politisk interesse og prioritet, og ikke minst stor betydning for dem det til syvende og sist berører, nemlig pasient og pårørende, noe som kan stimulere til videre forskning og utvikling på temaet. Studiens funn viser behov for videre forskning på området, og et tema som bør undersøkes nærmere, er nettopp de ulike perspektivene som er involvert, for eksempel et pasientperspektiv. Erfaringer fra pasientene selv, eller deres pårørende, kan bidra til bedre forståelse for dem det virkelig gjelder når det handler om somatisk helse ved alvorlige psykiske lidelser. Dette støttes også av WHO (2018) som peker på behovet for kvalitativ forskning for bedre å forstå perspektiver sett fra pasienter og pårørende. Selv om denne studien også har vist til resultater fra internasjonale studier på enkelte områder, er ikke forskning fra andre land nødvendigvis overførbar til norske forhold, og vi trenger studier som gjenspeiler forholdene i Norge, og måten vårt helsevesenet er organisert på. Semi-strukturerte dybdeintervju fungerte godt i forhold til problemstillingen i denne studien, men videre forskning bør også vurdere andre metoder. For eksempel deltakende observasjon.

Referanseliste

- Adriaensen, K., Pieters, G., De Lepeleire, J. (2011). Stigmatisation of psychiatric patients by general practitioners and medical students: a review of the literature. *Tijdschr Psychiatr.*, 53 (12), 885 – 894. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22161790#>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, L. (1998) Loneliness research and interventions: A review of the literature, *Aging & Mental Health*, 2:4, 264-274, <https://doi.org/10.1080/13607869856506>
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16–20. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>
- Courtin, E. & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & social care in the community*, 25(3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- D'Amour, D. & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of interprofessional care*, 19 Suppl 1, 8–20. <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>
- Dahl, A. A. (2012). *Sosial angst og smerte*. Bergen: Fagbokforlaget
- Dahl, A. A., Aarre, T. F. & Loge, J. H. (Red.). (2014). *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- DE Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, ... Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(1), 52–77. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>
- Den norske legeforening. (2019). *Resolusjon om å redusere overdødelighet av somatisk sykdom blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse eller ruslidelse*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/d3e07362e5b14115af1aec6da79947f6/resolusjon-en-2019.pdf>

- Denison, E., Underland, V., Vist, G. & Hval G. (2020). *Helsefremmende tiltak for å forebygge somatiske sykdommer hos personer med psykiske lidelser: Systematisk oversikt*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2020/helsefremmende-tiltak-for-a-forebygge-somatiske-sykdommer-hos-personer-med/>
- Flesland, L. (2014). Sykepleiere i pleie- og omsorgssektorens erfaringer med eldre, rusmidler og hjelpebehov. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2014 (1), 43-58 Hentet fra <https://www.idunn.no/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Rapport om Psykisk helse i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Fors, E. A., Jacobsen, H. B., Borchgrevink, P. C. & Stiles, T. C. (2014). Somatiske symptomer uten vesentlig medisinsk forklaring: bakgrunn, nosologi og kliniske betraktninger med relevans for psykologer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(5), 365–377. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/node/16133/pdf>
- Fortuna, K., Brusilovskiy, E., Snethen, G., Brooks, J., Townley, G., Salzer, M. S. (2020). Loneliness and its association with physical health conditions and psychiatric hospitalizations in people with serious mental illness. *Social Work in Mental Health*, 18(5), 571-585, <https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1810197>
- Goffman, E. (1968). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin
- Gubrium, J., Holstein, J. A., Marvasti, A., & McKinney, K. D. (2012). *Handbook of Interview Research: The Complexity of the Craft*. Thousand Oaks: SAGE Publications <http://dx.doi.org/10.4135/9781452218403.n31>
- Hammersley M, Atkinson P. (2007). *Ethnography – principle in practice* (3rd ed.). London: Tavistock Publication.
- Hansen, T., Slagsvold, B. (2016). Late-Life Loneliness in 11 European Countries: Results from the Generations and Gender Survey. *Soc Indic Res* 129, 445–464. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1111-6>
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP lidelser*. (IS-1948). Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/rop/forside>
- Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. (Rapport IS-2314). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonalt plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020*. (IS-2734). Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/psykisk-helsearbeid/retningslinjer/nasjonalt-plan-for-implementering-av-pakkeforlop-for-psykisk-helse-og-rus-2018-2020?lenkedetaljer=vis>
- Helsedirektoratet. (2019). Pakkeforløp for psykisk helse og rus. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykisk-helse>

- Helsedirektoratet. (2020). *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD-10)*. Hentet fra <https://finnkode.helsedirektoratet.no>
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). (2009). *Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). (2015). *Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)*. (Prop. 15 S (2016-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-15-s-20152016/id2460953/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. (Meld. St. 7 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hofmann, B. (2014). *Hva er sykdom?* Oslo: Gyldendal.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.*,10(2):227-237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt – Ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Iversen, A. & Hauksdottir, N. (Red.) (2020). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid*. Oslo: Gyldendal
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jareg, K., M. (2015). *Er du ensom? Du er ikke alene*. Hentet fra <https://psykologisk.no/2015/07/er-du-ensom-du-er-ikke-alene/>
- Karlsen, R. (2009). Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. *Sykepleien Forskning* 2009;4(3):(198-204). <https://doi.org/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*. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/298288>
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt F. & Skaug, E-A. (Red.). (2011). *Grunnleggende sykepleie (Bind 1)*. Oslo: Gyldendal.

- Kunnskapsdepartementet. (2020). *Utvikler ny masterutdanning i psykisk helse- og rusarbeid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/utvikler-ny-masterutdanning-i-psykisk-helse--og-rusarbeid2/id2699563/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Legeforeningens ressursgruppe for rus og psykiatri. (2019). *Bedre psykiatri og rusbehandling*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/rapporter/bedre-psykiatri-og-rusbehandling/>
- Lien, L., Huus, G. & Morken, G. (2015). Psykisk syke lever kortere. *Tidsskr Nor Legeforen* 135: 246-8. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0831>
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. *Social science & medicine* (1982), 74(6), 907–914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Malt, U. F., Andreassen, O. A., Malt, E. A., Melle, I. & Årslund, D. (Red.). (2018). *Lærebok i psykiatri* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Malterud, K., Siersma, V. D., Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*. Vol. 26 (13) 1753 – 1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Melbye, L., Ådnes, M. & Kasteng, F. (2017). *Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (SINTEF Rapport nr. A28053) Hentet fra <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2436189>
- Mushtaq, R., Shoib, S., Shah, T. & Mushtaq, S. (2014). Relationship between loneliness, psychiatric disorders and physical health? A review on the psychological aspects of loneliness. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 8(9), WE01–WE4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/10077.4828>
- Nilsen, T. M. (2019). *Alvorlig psykisk syke får ikke god nok behandling for somatiske sykdommer*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/nyheter/2019/alvorlig-psykisk-syke-far-ikke-god-nok-behandling-for-somatiske-sykdommer/>
- Nilsson, B. (2007). Gadamer's hermeneutikk. *Sykepleien Forskning* 2007, 1(4) (266-268) <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0009>
- Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., Westman, J., Ösby, U., Alinaghizadeh, H., ... Munk Laursen, T. (2013). Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE*, Vol.8(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>

- Norsk senter for forskningsdata (NSD). (2019). *Må jeg melde prosjektet mitt?* Hentet fra https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html
- Norsk Sykepleierforbund (NSF). (2017). *Politisk plattform for psykisk helse og rus (2017-2020)*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vart-politiske-arbeid/utvikle-helse-og-omsorgstjenestene>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse*. Oslo: Cappelen Damm.
- Pervin, L. A., John, O. P. (1996). *Personality: Theory and Research* (7th ed.). New York: Wiley
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). (2015). *Eksempler på virksomhet som ikke skal søke REK*. Hentet fra https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999
- Rico-Uribe, L. A., Caballero, F. F., Martín-María, N., Cabello, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PloS one*, 13(1), e0190033. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190033>
- Ruyter, K. W. (2003). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal.
- Røssberg, J. I., Rødevand, L., Clausen, T. & Andreassen, O. (2019a, 14. august). *Ensomhet: Den glemte faktor i psykisk helsearbeid* [Blogginlegg]. Hentet fra <https://www.med.uio.no/om/aktuelt/blogg/2019/ensomhet.html>
- Røssberg, J. I., Rødevand, L. & Andreassen, O. (2019b, 01. juli). Blir vi syke av ensomhet? *Morgenbladet, Kronikk, Psykisk helse* Hentet fra <https://morgenbladet.no/ideer/2019/06/blir-vi-syke-av-ensomhet>
- Sartorius N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *BMJ (Clinical research ed.)*, 324(7352), 1470–1471. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7352.1470>
- Senter for omsorgsforskning. (2014). *Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/6f87afa79de242d28c613b682885e814/forskningshandbok_240414.pdf
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2018). *Psykiatriboken. Sinn – Kropp – Samfunn* Oslo: Gyldendal.
- Statens helsetilsyn. (2001). *Kompetansebehov i psykisk helsevern*. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/utredningsserien/kompetanse_psykisk_helsevern_ik-2740.pdf
- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Allmennlegetjenesten*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/fastlegetj/aar>

- Stickley, A., Koyanagi, A., Kuposov, R., Blatný, M., Hrdlička, M., Schwab-Stone, M., & Ruchkin, V. (2016). Loneliness and its association with psychological and somatic health problems among Czech, Russian and U.S. adolescents. *BMC psychiatry*, *16*, 128. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0829-2>
- Stock, I. (2012). *Masterstudenten i spenningsfeltet mellom etablerte konvensjoner og utvikling av egen faglig stemme* (Masteroppgave). NTNU. Hentet fra <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/244067>
- Storm, M. (2018). Mange med alvorlige psykiske lidelser får ikke hjelp for livsstilssykdommer. Hentet fra https://www.napha.no/_somatisk_helse_tiltak/
- Svenaesus, F. (2005). *Sykdommens mening*. Oslo: Gyldendal.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Underdal, H. (2013). *Er du på jakt etter sykepleieforskning eller kvalitative studier om pasienterfaringer? CINAHL kan være databasen for deg!* Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/cinahl-tilgjengelig-i-helsebiblioteket>
- UiT, Norges arktiske universitet (2018). *Retningslinjer for behandling av personopplysningar i forsknings- og studentprosjekt ved UiT Noregs arktiske universitet (UiT)*. Hentet fra https://uit.no/Content/604028/cache=20181112102330/UiT_RetnLinj_PersOpplForskStud_181119.pdf
- UiT, Norges arktiske universitet (2019). *Informasjonssikkerhet ved UiT*. Hentet fra <https://uit.no/om/informasjonsikkerhet>
- van Boekel, L., C., Brouwers, E. P. M., Van Weeghel, J. & Garretsen, H. F. L. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: *Systematic review. Drug and Alcohol Dependence*, *131*(1–2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Vandvik, P. O. & Eiring, Ø. (2011). Foretaksprosjektet: Mot kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten. (Kunnskapssenteret: Rapport nr. 16-2011). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2011/foretaksprosjektet-mot-kunnskapsbasert-praksis-i-spesialisthelsetjenesten/>
- Verdens helseorganisasjon (WHO). (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Hentet fra https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
- Verdens helseorganisasjon (WHO). (2015). *Excess mortality in persons with severe mental disorders*. Hentet fra https://www.who.int/mental_health/evidence/excess_mortality_report/en/

- Verdens helseorganisasjon (WHO). (2018). *Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders*. Hentet fra https://www.who.int/mental_health/evidence/guidelines_physical_health_and_severe_mental_disorders/en/
- Ververda, J., Kornkåsa, A., Bjørntvedt, E. K. & Egrem, L. M. (2013). Pasienter med schizofreni på sykehus. *Sykepleien* 101(6):(52-55) <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0055>
- West, R. (2013). *EMCDDA Insights. Models of addictions*. Hentet fra <https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/models-addiction>
- Working Group for Improving the Physical Health of People with SMI. (2016). *Improving the physical health of adults with severe mental illness: essential actions* (OP100). Royal College of Psychiatrists. Hentet fra https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/10/Improving_physical_health_adults_with_SMI_essential_actions_251016-2.pdf
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melbye, L. & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus – Fagfolks erfaringer første året*. (SINTEF Rapport nr. 2020:00064) Hentet fra <https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/?pubid=CRISTin+1799826>
- Aarre, T. F. & Dahl, A. A. (Red.). (2018). *Praktisk psykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Aasen, S. E. (2020). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>

Vedlegg 1 – Henvendelse til virksomhetsleder



Espen Kristiansen
Vardøveien 12
9602 HAMMERFEST
Tlf.: 90792896
e-post: espen.kristiansen@uit.no

Hammerfest 23.10.2019

Til: Virksomhetsleder Rus- og psykiatritjenesten, NN kommune

Forespørsel om tillatelse til å gjennomføre intervjuundersøkelse.

I forbindelse med mitt Masterstudie i helsefag, studieretning psykisk helse, skal jeg skrive masteroppgave og søker med dette om å få utføre deler av den empiriske delen av studien ved deres enhet.

Tema: Somatisk sykdom ved alvorlige psykiske lidelser

Problemstilling: Hvordan opplever psykiatriske sykepleiere at den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser blir ivaretatt?

Hensikten med studien er å søke forståelse og kunnskap om hvordan helsepersonell bedre kan ivareta den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Dette skal skje gjennom en kvalitativ studie av spesialsykepleiere innen psykisk helse (psykiatriske sykepleiere) sin erfaring med denne pasientgruppen.

Det finnes flere forhold som kan innvirke på at denne pasientgruppen har økt risiko for somatisk sykdom. Eksempelvis nevnes organisatoriske forhold, som nærhet til tjenesten og adskilt somatikk og psykiatri, samt retningslinjer og fragmentert oppfølging av somatisk sykdom i denne pasientgruppen.

Studien har klinisk relevans i form av at den kan bidra til økt forståelse og kunnskap om behandlingstilnæringer, rutiner/retningslinjer og forebyggende tiltak hos pasienter med psykiske og rusrelaterte lidelser, som kan bidra til videreutvikling av kunnskapsbasert praksis.

Jeg ønsker å intervju til sammen inntil 6 ansatte fra Rus- og Psykiatritjenesten. 3 i NN kommune og 3 i NN kommune. Hver ansatt (informant) må ha norsk autorisasjon som sykepleier med videre-

utdanning i psykisk helse (psykiatrisk sykepleier) og har vært ansatt i tjenesten i minst ett år, for å sikre at de har et bredt erfaringsgrunnlag.

Intervjuene beregnes til å ha en varighet på ca. 45 min og data vil bli lagret på lydbånd. Jeg planlegger å gjennomføre intervjuene i november-desember 2019. Alle opplysninger vedrørende studiedeltakerne vil anonymiseres. Deltakelse er frivillig og de kan når som helst trekke seg fra studien.

Vitenskapelig veileder for studien er professor Gunn Pettersen ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Universitetet i Tromsø tlf. 77660669, e-post: gunn.pettersen@uit.no

Vedlagt er informasjonsskriv om studien som benyttes ved rekruttering av studiedeltakere, samt samtykkeerklæring.

Kan dere formidle min forespørsel til aktuelle studiedeltakere som kan delta? Alternativt kan jeg kontakte dem selv direkte, hvis jeg kan få kontaktinformasjon til de som er aktuelle. Jeg er fleksibel på tid og sted for intervju med deltakere.

Med vennlig hilsen

Espen Kristiansen

Vedlegg:
Informasjonsskriv og forespørsel om deltakelse

UiT Norges arktiske universitet
Postboks 6050 Langnes
N-9037 Tromsø

Sentralbord: 77 64 40 00
Faks: 77 64 49 00

postmottak@uit.no
uit.no



Forespørsel om å delta i forskningsprosjektet

«Hvordan opplever psykiatriske sykepleiere at den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser blir ivaretatt?»

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få en økt forståelse av hvordan du som spesialsykepleier innen psykisk helse (psykiatrisk sykepleier) opplever at den somatiske (kroppslige) helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser blir ivaretatt i helsetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Personer med psykiske lidelser har betydelig økt risiko for somatiske (kroppslige) plager og sykdommer sammenliknet med personer uten psykiske lidelser. Det finnes flere teorier rundt årsakene til dette. Samtidig finnes det lite forskning på hvordan vi som spesialsykepleiere innen psykisk helse opplever at den somatiske helsen til denne pasientgruppen blir ivaretatt.

Formålet med denne studien er å få en økt forståelse av hvordan du som psykiatrisk sykepleier, med erfaring og kompetanse fra denne pasientgruppen, opplever at den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser blir tatt hånd om i helsetjenesten hvor du jobber.

Omfanget av studien er et intervju som tar ca. 45 minutter der jeg vil stille deg noen spørsmål om din opplevelse fra å ivareta den somatiske helsen til disse pasientene. Studien er en del av min mastergradsoppgave innen psykisk helse.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT Norges arktiske universitet, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse og omsorgsfag, studieretning psykisk helse, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Årsaken til at du blir spurt om deltakelse, er fordi du er ansatt i den kommunale Rus- og psykiatritjenesten, og fordi du har norsk autorisasjon som sykepleier og har videreutdanning innen psykisk helse (psykiatrisk sykepleier) med minst ett års yrkeserfaring.

Kommunen, ved virksomhetsleder, har gitt tillatelse til at studien gjennomføres. Du får denne forespørselen fra din leder eller direkte fra meg. Dersom du samtykker vil jeg ta kontakt med deg for å avtale intervju. Intervjuet vil fortrinnsvis foregå ved NN sine lokaler i NN eller NN, men hvis ønskelig kan vi bli enige om et annet egnet sted. Intervjuet varer om lag en time, og jeg er fleksibel på tidspunkt som passer best for deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse i studien innebærer intervju om dine opplevelser og erfaringer fra å ivareta den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som du oppfatter som betydningsfulle fra din yrkespraksis. Dersom du samtykker til deltakelse, ønsker jeg å gjennomføre et intervju med deg, hvor jeg vil stille noen spørsmål om dette. Det er ønskelig at intervjuet kan tas opp på bånd. Etter intervjuene vil samtalen bli skrevet ut som anonymisert tekst. Deltakelse i prosjektet vil ikke utfordre din taushetsplikt.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Det er kun jeg som masterstudent som har tilgang til opplysningene.
- Alle opplysninger behandles uten navn og fødselsnummer eller annet som kan identifisere deg. Kun et deltakernummer vil bli brukt for å kunne knytte deg til opplysningene fra intervjuet. Det er kun jeg som masterstudent, med taushetsplikt, som har tilgang til navnet ditt og som kan finne tilbake til deg. Dette er nødvendig for eksempel dersom du skulle

ønske å trekke deg fra studien. Lydopptaket vil bli oppbevart på en kryptert (passord beskyttet) datadisk i et låsbart skap, utilgjengelig for uvedkommende.

- Opplysningene skal kun brukes i forbindelse med denne oppgaven. Oppgaven vil bli tilgjengelig for andre når den er ferdig, men alle opplysninger er anonyme, og vil ikke kunne spores tilbake til deg.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2020. Da blir alle personopplysninger og lydopptak slettet.

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 UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan du finne ut mer?

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

UiT Norges arktiske universitet

Professor Gunn Pettersen (Prosjektansvarlig)

e-post: gunn.pettersen@uit.no

Telefon: 77660669

Vårt personvernombud ved UiT Norges arktiske universitet.:

Joakim Bakkevold

e-post: personvernombud@uit.no

Telefon: 77646322 og 97691578

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS

e-post personverntjenester@nsd.no

Telefon: 55582117

Med vennlig hilsen

Gunn Pettersen - Prosjektansvarlig
(Veileder)

Espen Kristiansen - Student
e-post: espen.kristiansen@uit.no
Vardøveien 12
9602 HAMMERFEST
Telefon: 90792896

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet:

«Hvordan opplever psykiatriske sykepleiere at den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser blir ivaretatt?» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



Vedlegg 3 – Intervjuguide

Intervjuguide - Psykiatriske sykepleiere

Briefing før intervjuet:

- Formålet med prosjektet, frivillighet og min rolle som forsker.
- Intervjuets form og varighet. Greit med båndopptaker?
- Det er mulig å trekke seg fra studien når som helst.
- Også anledning til å stille spørsmål eller ta pauser underveis.
- Taushetsplikt, anonymisering og oppbevaring av data.
- Kort om informantens utdanningsbakgrunn og erfaring (Se nederst).- Signert samtykke?
- Noen spørsmål før vi starter?

«Hvordan opplever psykiatriske sykepleiere at den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser blir ivaretatt?»

Opplevelser/utfordringer fra å ivareta den somatiske helsen til pasienter med alvorlige psykiske lidelser:	<p>Kan du si litt om dine erfaringer med å ivareta somatisk helse hos pasienter med alvorlige psykiske lidelser?</p> <p>Hvilke forventninger opplever du knyttet til din rolle som psykiatrisk sykepleier i denne sammenheng?</p> <p>Kan du si litt om dine erfaringer med rutiner og/eller retningslinjer for å følge opp somatisk helse hos disse pasientene?</p> <p>Dine refleksjoner rundt eventuelle forbedringsområder for å ivareta den somatiske helsen til disse pasientene? (Samarbeid, ansvarsområder, rutiner etc.)</p>
---	---

Erfaringer fra pasienter med alvorlige psykiske lidelser med samtidig somatisk sykdom:

Kan du fortelle litt om dine erfaringer fra møter med denne pasientgruppen?
(Hva fremmer? Hva hemmer?)

Er det noe annet du tenker kan være viktig å si noe om nå avslutningsvis?

Eksempler på oppfølgingsspørsmål;

- Hva tenker du om det?
- Hva tenker du er årsaken til det?
- Kan du si noe mer om dette?
- Kan du beskrive dette for meg?
- Kan du beskrive hva som skjedde?
- Har du flere eksempler på dette?
- Kan du gi en litt mer detaljert beskrivelse av hva som skjedde?

Intervjudato	
Alder	
Kjønn	
Utdanning	
Erfaring i nåværende jobb (år)	

Vedlegg 4 – NSD Vurdering



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Somatisk sykdom ved alvorlige psykiske lidelser

Referansenummer

382673

Registrert

21.10.2019 av Espen Kristiansen - espen.kristiansen@uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT- Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Gunn Pettersen, gunn.pettersen@uit.no, tlf: 77660669

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Espen Kristiansen, espen.kristiansen@uit.no, tlf: 90792896

Prosjektperiode

21.10.2019 - 01.12.2020

Status

23.06.2020 – Vurdert

Vurdering (2)

23.06.2020 – Vurdert

Bekreftelse på status

NSD har vurdert endringen registrert 22.06.2020. Vi har nå registrert 1.12.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysninger er avsluttet.

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Gry Henriksen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

23.10.2019 - 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 23.10.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 20.06.2020

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 vurderer 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 ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Gry Henriksen

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

