

A28053 - Åpen

Rapport

Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Hva er sykepleieres ansvar og arbeidsoppgaver? Hvilke pasientbehov dekkes? Hva er kompetansebehovet?

Forfatter(e)

Line Melby

Marian Ådnanes

Frida Kasteng



SINTEF Teknologi og samfunn

Avd. Helse

2017-02-08



SINTEF Teknologi og samfunn

Postadresse:
Postboks 4760 Sluppen
7465 Trondheim

Sentralbord: 73593000
Telefaks: 93070500

ts@sintef.no

www.sintef.no

Foretaksregister:

NO 948 007 029 MVA

Rapport

Sykepleie i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Hva er sykepleieres ansvar og arbeidsoppgaver? Hvilke pasientbehov dekkes? Hva er kompetansebehovet?

EMNEORD:
Sykepleiere
Psykisk helsevern
Rusbehandling
Arbeidsoppgaver
Pasientbehov
Kompetansebehov

VERSJON

1

DATO

2017-02-08

FORFATTER(E)Line Melby
Marian Ådnanes
Frida Kasteng**OPPDRAGSGIVER(E)**

Norsk Sykepleierforbund

OPPDRAGSGIVERS REF.

Svein R. Schømmer-Olsen

PROSJEKTNR

102013854

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

100 inkl vedlegg

SAMMENDRAG

Denne studien undersøker følgende hovedtema: 1) Hvilket ansvar og hvilke oppgaver har sykepleiere innenfor psykisk helsevern og TSB? 2) Hvilke behov for sykepleiefaglig kompetanse hos pasienter i psykisk helsevern og TSB opplever sykepleiere i disse tjenestene at de dekker, herunder psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov? 3) Hva er behovet for kompetanseutvikling blant sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB? Datagrunnlaget i studien er tre fokusgruppeintervjuer med 38 sykepleiere ansatt i psykisk helsevern/TSB, samt en nasjonal spørreundersøkelse til sykepleiere ansatt på samme felt. 1918 respondenter har besvart undersøkelsen.

Studien viser at sykepleierne har stort ansvar, og at de utfører et stort mangfold av arbeidsoppgaver. Samtidig er det flere områder der de mener det er behov for større innsats for å møte pasientenes behov. Særlig gjelder dette involvering av pasienter og pårørende samt oppmerksomhet på behov knyttet til seksualitet/samliv og åndelige/eksistensielle behov. Sykepleierne oppgir at det jobbes godt med pasientenes fysiske helse, men også at det her trengs mer for å imøtekomme pasientenes behov. Når det gjelder kompetanseutvikling ønskes mer sykepleiefaglig veiledning og mer kunnskap, først og fremst om: medisinfri behandling, pasienter med minoritetsbakgrunn samt ny teknologi for oppfølging og behandling.

UTARBEIDET AV

Line Melby, seniorforsker (PhD)

**KONTROLLERT AV**

Jorid Kalseth, seniorforsker (PhD)

**GODKJENT AV**

Randi Eidsmo Reinertsen, forskningssjef/professor

**RAPPORTNR**

A28053

ISBN

978-82-14-06198-7

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Forord

SINTEF har utarbeidet denne rapporten på oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF). NSF ønsket kunnskap om sykepleiernes ansvar og oppgaver innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og i hvilken grad sykepleierne opplever at pasientenes psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov dekkes. Videre ønsket NSF å dokumentere behovet for nødvendig kompetanseutvikling i en helsetjeneste som er i endring.

Rapporten baserer seg på fokusgrupper innledningsvis i prosjektet med deltakelse av 38 sykepleiere fra hele landet etterfulgt av en spørreskjemaundersøkelse gjennomført høsten 2016 blant 1918 sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB.

SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling Helse, har gjennomført evalueringen. Prosjektgruppen har bestått av forskningsleder Marian Ådnanes (Dr. Polit., psykologi), seniorforsker Line Melby (PhD Sosiologi) og forsker Frida Kasteng (MSc Industriell samfunnsøkonomi).

Prosjektgruppen vil takke for et godt samarbeid med Norsk Sykepleierforbund, i første rekke vår hovedkontakt som har vært spesialrådgiver Svein Roald Schømer-Olsen. Videre rettes takk til referansegruppen for et godt og effektivt samarbeid i forbindelse med utarbeidelse av spørreskjema. Foruten Schømer-Olsen deltok følgende fra NSF: seniorrådgiver Jo Cranner og prosjektkoordinator Espen Gade Rolland. I tillegg til disse tre fra NSF deltok to psykiatriske sykepleiere og forskere. Stor takk til Karina Sebergesen, PhD- student/psykiatrisk sykepleier tilknyttet Senter for Psykisk Helse og Rusbehandling Tromsø, Universitetssykehuset Nord Norge og Maria Knutzen, PhD/psykiatrisk sykepleier tilknyttet Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri for helseregion Sør-Øst.

Sist, men ikke minst, takker vi deltakerne i forskningsprosjektet - alle sykepleierne som tok seg tid og deltok i fokusgruppene og i utfylling av spørreskjema. Fokusgruppene ble arrangert av NSF henholdsvis i Oslo og Trondheim, med deltakelse fra hele landet.

Trondheim, januar 2017

Marian Ådnanes, prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	10
1 Innledning	16
1.1 Strukturelle endringer og nye perspektiver i psykisk helsevern og TSB	16
1.1.1 Antallet sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og TSB	16
1.1.2 Desentralisering.....	18
1.1.3 Nye perspektiver gjennom nye videreutdanninger	18
1.2 Pasienter i psykisk helsevern og TSB	19
1.2.1 Sentrale behandlingstiltak og udekkede behov hos pasientene.....	19
1.3 Sykepleiernes roller og bidrag i psykisk helse og rusarbeid	20
1.4 Studiens mål	22
2 Metode og materiale	23
2.1 Eksplorerende forstudie gjennom fokusgruppeintervjuer	23
2.2 Spørreundersøkelse	23
2.3 Utvalget i spørreundersøkelsen.....	24
2.4 Analyser av datamaterialet.....	28
3 Resultater	29
3.1 Sykepleieres rolle	29
3.1.1 Sykepleieres rolle vurdert i fokusgruppeintervjuene	31
3.2 Sykepleiernes arbeidsoppgaver – og i hvilken grad de dekker pasientenes behov	33
3.2.1 Psykisk helse	33
3.2.2 Rusarbeid	35
3.2.3 Fysisk helse	36
3.2.4 Forordning og administrering av medisiner	38
3.2.5 Bistå til økt mestring.....	39
3.2.6 Ivareta sosiale behov, juridiske problemstillinger og brukermedvirkning	40
3.2.7 Kontakt og samarbeid med pasientens pårørende/nettverk.....	43
3.2.8 Kartlegging og dokumentasjon.....	44
3.2.9 Samhandling – internt, eksternt og med bruker	46
3.2.10 Veiledning av andre ansatte.....	49
3.2.11 Oppsummering arbeidsoppgaver og faglig ansvar	49
3.3 Samarbeid og ansvarsfordeling	51
3.3.1 Faglige perspektiver/tradisjoner i utøvelse av arbeidsoppgaver	51
3.3.2 Sykepleieres ansvar	52

3.3.2.1	Sykepleierens plass i tverrfaglige team	53
3.3.2.2	Tverrfaglige team dekker opp mange perspektiver i pasientbehandlingen	55
3.3.3	Sykepleierens ansvar målt i spørreundersøkelsen	55
3.3.4	Oppsummering samarbeid og ansvarsfordeling	59
3.4	Pasientenes behov og den sykepleiefaglige kompetansen	59
3.4.1	Hvilke hindringer finnes for å imøtekomme pasientenes behov?	64
3.4.2	Oppsummering - pasientenes behov og den sykepleiefaglige kompetansen.....	67
3.5	Kompetanse- og kompetansebehov blant sykepleiere	67
3.5.1	Fagutvikling og veiledning på arbeidsplassen	68
3.5.1.1	Veiledning	68
3.5.2	Tilgang til kurs og tilrettelegging for videreutdanning	70
3.5.4	Oppsummering - kompetanse og kompetansebehov blant sykepleiere	74
3.6	Videreutvikling av sykepleierrollen innenfor psykisk helsevern og TSB.....	74
4	Oppsummering og diskusjon	81
4.1	Ansvar og oppgaver blant sykepleiere i psykisk helsevern og TSB.....	81
4.2	Hvordan dekker sykepleierne pasientens behov?.....	83
4.3	Behov for kompetanseutvikling.....	85
4.4	Videreutvikling av sykepleierrollen innenfor psykisk helsevern og TSB.....	86
5	Konklusjon	87
6	Litteratur.....	88
	Vedlegg: Figurer	91

Figuroversikt:

Figur 1	Årsverk etter utdanning. Psykisk helsevern for voksne.	17
Figur 2	Årsverk etter utdanning. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	17
Figur 3	Del av sektoren man er ansatt i, prosent (N=1918)	24
Figur 4	Alders- og kjønnsfordeling på respondentene, antall (N=1860).....	24
Figur 5	Nåværende arbeidssted, antall (N=1853)	25
Figur 6	Antall år jobbet innenfor psykisk helsevern/TSB. Prosentvis fordeling (N=1865)	25
Figur 7	Type videreutdanning kombinert med arbeidssted, antall (N=2078).....	26
Figur 8	Hvilken mastergrad har du tatt eller holder på med? (De hyppigst oppgitt kategoriene). Fordelt på respondentenes arbeidssted. Antall (N=223)	27
Figur 9	Fagbakgrunn hos nærmeste leder, fordelt på arbeidssted. Prosent (N=1841)	27
Figur 10	I hvilken grad jobber du med henholdsvis psykisk helse, fysisk helse og rusproblematikk, ansatte i psykisk helsevern, prosent (N=1436)	29
Figur 11	I hvilken grad jobber du med henholdsvis psykisk helse, fysisk helse og rusproblematikk, ansatte i TSB eller i kombinert psykisk helse og rus, prosent (N=373)	30
Figur 12	Andelen tid brukt på direkte pasientkontakt ut fra arbeidssted, prosent (N=1853)	30
Figur 13	Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak knyttet til psykisk helse i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte". (N=1601).....	33

Figur 14 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer" (N=1592).....	34
Figur 15 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak innen rusarbeid i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte". (N=1533).....	35
Figur 16 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak vedr. fysisk helse i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte". (N=1579).....	36
Figur 17 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer". (N=1566).....	37
Figur 18 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak når det gjelder medisiner i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte" (N=1538).....	38
Figur 19 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak rettet mot pasientenes egenmestring i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte". Prosent (N=1652).....	39
Figur 20 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer" (N=1642).....	40
Figur 21 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak når det gjelder pasientenes sosiale og juridiske behov i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte" (N=1603)	41
Figur 22 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer" (N=1588).....	42
Figur 23 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak når det gjelder pårørendekontakt i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte" (N=1551).....	43
Figur 24 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer" (N=1537).....	44
Figur 25 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak når det gjelder kartlegging og dokumentasjon i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte" (N=1660)	45
Figur 26 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer" (N=1642).....	45
Figur 27 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak når det gjelder samhandling i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte" (N=1613).....	46
Figur 28 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer" (N=1603).....	48
Figur 29 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak når det gjelder veiledning i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte" (N=1588).....	49
Figur 30 I hvor stor grad vil du si at ditt ansvar og arbeidsoppgaver hører hjemme innenfor følgende faglige perspektiver eller tradisjoner? Prosent (N=1562-1609/annet=1452).....	51
Figur 31 I hvor stor grad stemmer påstandene om sykepleieres ansvar der du jobber? Ansatte i døgntilbud, prosent (N=1094).....	56
Figur 32 I hvor stor grad stemmer påstandene om sykepleieres ansvar der du jobber? Ansatte i poliklinikk, prosent (N=269).....	56
Figur 33 I hvor stor grad stemmer påstandene om sykepleieres ansvar der du jobber? Ansatte i ambulant akutteam/oppsøkende team, prosent (N=102).....	57
Figur 34 I hvor stor grad stemmer påstandene om sykepleieres ansvar der du jobber? Ansatte i LAR, prosent (N=30).....	57
Figur 35 De fem høyest rangerte områdene der ansatte i døgntilbud vurderer det som vanskelig å imøtekomme pasientens behov. Prosent (N=1069).....	60
Figur 36 De fem høyest rangerte områdene der ansatte i poliklinikk vurderer det som vanskelig å imøtekomme pasientens behov. Prosent (N=265).....	60

Figur 37 De fem høyest rangerte områdene der ansatte i ambulant akutteam/oppsøkende team vurderer det som vanskelig å imøtekomme pasientens behov. Prosent (N=101).....	61
Figur 38 De fem høyest rangerte områdene der ansatte i LAR vurderer det som vanskelig å imøtekomme pasientens behov. Prosent (N=28)	61
Figur 39 Hvor ofte får du veiledning? Prosentandel av respondenter som får veiledning (N=920)	69
Figur 40 I hvilken grad har du behov for å lære mer om følgende tema? Alle respondenter, prosent (N=1497-1540)	72
Figur 41 De tre viktigste områdene for å videreutvikle sykepleierrollen på ditt felt. De fem høyest prioritert områdene. Ansatte i døgntilbud, antall (N=1012).....	75
Figur 42 De tre viktigste områdene for å videreutvikle sykepleierrollen på ditt felt. De fem høyest prioritert områdene. Ansatte i poliklinikk, antall (N=255)	76
Figur 43 De tre viktigste områdene for å videreutvikle sykepleierrollen på ditt felt. De fem høyest prioriterte områdene. Ansatte i ambulant akutteam/oppsøkende team (N=96).....	76
Figur 44 De tre viktigste områdene for å videreutvikle sykepleierrollen på ditt felt. De fem høyest prioriterte områdene. Ansatte i LAR, antall (N=29)	77

Vedleggsfigurer

Figur 1 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i døgntilbud, prosent (n=1172).....	91
Figur 2 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i døgntilbud, prosent (n=1181).....	92
Figur 3 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i poliklinikk, prosent (n=281)	93
Figur 4 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i poliklinikk, prosent (n=281)	94
Figur 5 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i ambulant akutteam/oppsøkende team, prosent (n=106).....	95
Figur 6 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i ambulant akutteam/oppsøkende team, prosent (n=106).....	96
Figur 7 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), prosent (n=31).....	97
Figur 8 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), prosent (n=31).....	98
Figur 9 I ditt møte med pasienten, i hvilken grad synes du generelt sett at du har mulighet for å imøtekomme pasientenes behov innenfor disse områdene? Sykepleiere i psykisk helsevern, prosent (n=1236)	99
Figur 10 I ditt møte med pasienten, i hvilken grad synes du generelt sett at du har mulighet for å imøtekomme pasientenes behov innenfor disse områdene? Sykepleiere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eller kombinert psykisk helse og rusbehandling, prosent (n=316)	100

Sammendrag

Studien er utført på oppdrag fra Norsk Sykepleieforbund (NSF) i perioden august 2016-januar 2017. Bakgrunnen for studien var at NSF ønsket mer kunnskap om sykepleiernes ansvar og oppgaver innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og i hvilken grad sykepleierne opplever at pasientenes psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov dekkes. Videre ønsket NSF å dokumentere behovet for nødvendig kompetanseutvikling i en helsetjeneste som er i endring. Målet for studien har altså vært å tydeliggjøre sykepleiernes bidrag innen psykisk helsevern og TSB.

Hovedtemaer i undersøkelsen

- Hvilket ansvar og hvilke oppgaver har sykepleiere innenfor psykisk helsevern og TSB?
- Hvilke behov for sykepleiefaglig kompetanse hos pasienter i psykisk helsevern og TSB opplever sykepleiere i disse tjenestene at de dekker, herunder psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov?
- Hva er behovet for kompetanseutvikling blant sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB?

Metode og materiale

Datamaterialet i prosjektet er samlet inn gjennom fokusgruppeintervjuer og en spørreundersøkelse. Vi startet med å gjennomføre tre fokusgruppeintervjuer blant sykepleiere i psykisk helsevern og TSB. Totalt 38 sykepleiere deltok. Disse var av en eksplorerende art, der vi hadde som mål å fange opp sentrale elementer når det gjelder sykepleieres vurdering av hva som er sentralt for deres rolle, ansvar og bidrag innen psykisk helsevern og rus. Innsikt fra intervjuene har blitt brukt både som selvstendig datamateriale i presentasjon av resultater i rapporten og som innspill til utvikling av spørreundersøkelsen. Spørreundersøkelsen var en web-basert undersøkelse rettet mot sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB. SINTEF utviklet spørreskjemaet, mens Sentio Research AS tilpasset spørreskjemaet for web, foretok utsendelse og mottak av utfylte skjema, og klargjorde data for videre analyse hos SINTEF. Undersøkelsen ble sendt ut til et utvalg på 5800 sykepleiere i psykisk helsevern og TSB, basert på medlemsregister hos NSF. Dette utgjør omlag 78 prosent av de totalt ca. 7400 sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB (ca 6300 i psykisk helsevern og ca 1100 i TSB). Utsendelsen ble gjort via epost og SMS på mobil. Kriteriene for uttak av utvalg fra NSF sin medlemsliste er som følger: medlem som jobber innenfor psykiatri/rusbehandling, eller har stillingsbetegnelse psykiatrisk sykepleier eller er medlem i faggruppen for psykiatri/rus og som jobber i spesialisthelsetjenesten rettet mot voksne. Det var 1918 sykepleiere som svarte på undersøkelsen, hvilket tilsvarer en svarprosent på 35 – et vanlig nivå for denne typen undersøkelser.

Av de 1918 respondentene er 79 prosent ansatt i psykisk helsevern, 12 prosent er ansatt i TSB, mens ni prosent er ansatt i enhet med kombinert psykisk helse og rusbehandling. Dette samsvarer bra med fordelingen i sektoren som helhet. Utvalget besto videre av forholdsvis erfarne sykepleiere, tre fjerdedeler av dem har mer enn seks års erfaring fra arbeidsplassen. Videre hadde en stor andel av utvalget, ca. tre fjerdedeler, videreutdanning i en eller annen form.

Resultater

Sykepleieres særegne rolle på feltet

Studien tyder på at en del av sykepleierne i psykisk helsevern for voksne og TSB strever noe med å definere sin rolle, altså hva som er særegent for dem som gruppe i dette feltet. Vi fant blant annet at en

del sykepleiere synes det er vanskelig å beskrive hva som er deres spesifikke kompetanse på feltet, og dermed hva som skiller sykepleiere fra andre yrkesgrupper. Andre informanter hadde imidlertid ingen problemer med å sette ord på hva som er sykepleiernes kjernekompetanse på feltet, og beskrev dette først og fremst som: "å se hele mennesket", "kartlegging" og "relasjonskompetanse."

Studien viser videre at en del sykepleiere på dette feltet opplever rollen som relativt åpen med hensyn til hvordan den skal utformes. Det kan være positivt. Hovedinntrykket fra vår studie er likevel at denne rolleflexibiliteten erfares negativt av flere, blant annet ved at rollen blir utydelig, og at en opplever å måtte gjøre oppgaver som ikke er sykepleiefaglige. Andre informanter beskrev rollen sin som tydelig definert, men at den ikke ble praktisert som beskrevet "på papiret".

Ansvar

Sykepleieres rolle og ansvar defineres og forhandles fram i samspill med andre yrkesgrupper på feltet. Studien har vist at sykepleierne generelt sett mener de har stort ansvar på arbeidsplassen, særlig gjelder dette på poliklinikker. Teamarbeid er sentralt innen psykisk helsevern og TSB, og sykepleiere jobber ofte sammen med andre yrkesgrupper i tverrfaglige team. Funn fra intervjuene og spørreundersøkelsen viste imidlertid at en del sykepleiere ikke alltid opplever at deres bidrag i det tverrfaglige samarbeidet anerkjennes. Særlig ble forholdet til psykologene framhevet. Samtidig viser studien at sykepleiere i all hovedsak (i stor/i noen grad) føler seg respektert og hørt på arbeidsplassen, at det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt og at man utveksler erfaring og kompetanse mellom yrkesgruppene for å bedre tjenestetilbudet. Det er likevel verdt å merke seg en misnøye hos flere sykepleiere knyttet til at de opplever for liten anerkjennelse for hva de gjør, og at arbeidet de gjør i praksis ikke reflekteres i formelt ansvar.

Arbeidsoppgaver

I studien har vi undersøkt andelen tid sykepleierne bruker på direkte pasientkontakt, samt hvor ofte sykepleiere gjør ulike arbeidsoppgaver (del 3.1 og 3.2). Det varierer hvor mye pasientkontakt sykepleierne har, ut ifra hvor de er ansatt. Sykepleiere i døgntilbud i psykisk helsevern er en stor respondentgruppe som bruker mye tid på direkte pasientkontakt. Videre fant vi at sykepleiere i flere typer team, i bolig og i døgntilbud bruker mer tid på direkte pasientkontakt enn sykepleiere i forskjellige typer poliklinikker og i LAR.

Sykepleiere innen psykisk helsevern og rus utfører en lang rekke varierte arbeidsoppgaver. I studien ba vi respondentene ta stilling til 32 arbeidsoppgaver og angi hvor ofte de utførte dem og videre om de så behov for å gjøre mer eller mindre av den enkelte arbeidsoppgave, eller om de synes det var passe i forhold til det de oppfattet som brukernes behov. Studien viser at oppgaver som ble rapportert hyppigst (i størst grad gjøres "svært ofte" eller "ofte") omfattet: observasjon av pasientenes psykiske helse, kartlegge og vurdere rusproblematikk samt gjennomføre tiltak ved rusproblematikk. Som forventet rapporterte ansatte i rusbehandling signifikant oftere kartlegging og tiltak for pasienter med rusproblematikk enn sykepleiere innen psykiske helsevern. Andre arbeidsoppgaver som gjøres hyppig er: oppfølging av ulike behov for sykepleie (fysisk helse), administrering av medisiner, dokumentasjon av behandling, og samhandling med andre aktører internt og eksternt. I tillegg viser studien at mange sykepleiere jobber med å motivere pasienten, og som taler pasientens sak i tråd med lover og forskrifter, samt sørger for at pasienten er delaktig i behandling og beslutninger. Sammenfattet støttet resultatene fra spørreundersøkelsen inntrykket fra fokusgruppeintervjuene av at sykepleierne gjør mange og varierte arbeidsoppgaver.

Av de oppgavene færrest sykepleiere rapporterer at de gjør svært ofte/ofte fant vi at dette gjaldt ivaretagelse av pasientens trygghet og sikkerhet ved fastvakt og skjerming, men dette er heller ikke en oppgave som er relevant ved alle arbeidssteder. Videre fant vi at identifisering av særlige behov hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn heller ikke er en oppgave som gjøres særlig ofte av mange. Det samme gjelder deltakelse i utforming av individuell plan.

Hvilke arbeidsoppgaver er det behov for å gjøre mer av, eller mindre av?

Vi undersøkte også hvilke oppgaver sykepleierne synes det er behov for å gjøre mer av for å imøtekomme pasientenes behov. Her fant vi et generelt mønster hvor sykepleiere i team og poliklinikk i mindre grad enn sykepleiere i døgntilbud og LAR mener det er behov for å gjøre mer av oppgaver. Vi tolker det til at sykepleiere i poliklinikk og team er mer tilfreds med omfanget av de oppgavene de gjør, mens for døgntilbud kan det være større behov for endringer i arbeidsoppgaver. Antall respondenter i LAR er såpass få at det er vanskelig å trekke generelle slutninger om den sykepleiergruppen.

Av konkrete oppgaver sykepleierne særlig ser behov for å gjøre mer av (hvor gjennomsnittlig halvparten eller flere mener en bør gjøre mer) fant vi at dette gjaldt for alle oppgavene innenfor kategorien "kontakt med pårørende." Det betyr at sykepleierne ser behov for i større grad å ha samarbeid med pasientenes pårørende/nettverk, gi mer informasjon og undervisning til pårørende om psykisk helse, rus, psykisk lidelse og behandling samt det å gjøre mer av kartlegging/tiltak rettet mot barn av pasienter som er i behandling. Behovet for å involvere pårørende i større grad enn i dag uttrykkes altså tydelig. Videre viste funnene at ivaretagelse av pasientens medvirkning i behandlingen også er en oppgave mange mener det er behov for å gjøre mer av. Dette kan forstås som et ønske om å øke pasientens innflytelse på egen behandling, noe som svarer godt på utfordringen det er at pasienter med psykisk lidelse/ruslidelse i sykehus i for liten grad har medvirkning og innflytelse på valg av behandlingsopplegg. Til sist fant vi også at identifisering av særlige behov hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn og å legge til rette for fysisk aktivitet er oppgaver respondentene synes det bør gjøres mer av, slik at pasientenes behov blir møtt.

Det er et fåtall arbeidsoppgaver mange respondenter mener det er behov for å gjøre *mindre* av for å imøtekomme pasientenes behov. I tillegg svarte et fåtall respondenter at de blir tillagt oppgaver som ikke hører inn under eget ansvarsområde. Den eneste oppgaven som skilte seg ut i så måte var det å dokumentere helsehjelpen i pasientens journal.

Hvordan dekker sykepleierne pasientens behov?

Pasienter i psykisk helsevern og TSB kan ha mange og komplekse behov. Sykepleiere er en yrkesgruppe – blant flere andre – som skal svare på disse behovene. I rapporten har vi presentert de fem høyest rangerte områdene der sykepleierne ved de ulike enhetene synes det er vanskeligst å imøtekomme pasientenes behov. I dette spørsmålsbatteriet kunne respondentene velge mellom 13 forskjellige områder (psykisk helse, kommunikasjon og samtale, søvn/hvile/velvære, fysisk aktivitet, juridiske rettigheter, fysisk helse, kosthold/ernæring, sosiale behov (inkl nettverk og relasjoner), arbeid og aktivitet, rusutfordringer, eksistensielle/åndelige behov, seksualitet og samliv, økonomisk veiledning).

Resultatene viser forholdsvis stort samsvar på tvers av om man er ansatt i døgntilbud, poliklinikk, oppsøkende team eller LAR (Figur 35-38). Økonomisk veiledning vurderes som et område hvor en stor andel sykepleiere mener de dårlig (ikke i det hele tatt/i liten grad) klarer å imøtekomme pasientenes behov. Et annet område er seksualitet og samliv og eksistensielle og åndelige behov. Arbeid og aktivitet, samt fysisk aktivitet er nevnt av to respondentgrupper som områder der det er vanskelig å imøtekomme

pasientenes behov. Områder som er rangert blant de fem viktigste fra kun en respondentgruppe er ivaretagelse av pasientens sosiale behov, inkludert nettverk og relasjoner, kosthold/ernæring og fysisk helse. Det er altså mange områder der respondentene vurderer det vanskelig å imøtekomme pasientenes behov. De områdene som ble vurdert til som minst problematiske å imøtekomme var vedrørende: psykisk helse, rusutfordringer, kommunikasjon og samtale og søvn/hvile/velvære. Så er dette også av de grunnleggende behovene som skal dekkes i disse tjenestene, og der det settes inn størst ressurser.

Pasienter i psykisk helsevern og TSB har vesentlig kortere levealder enn resten av befolkningen, noe som blant annet skyldes levevaner, manglende diagnostikk og underbehandling av somatiske lidelser. Studien viser at sykepleierne stort sett mener at pasientens fysiske helsebehov blir ivare tatt i stor/i noen grad. På den annen side er det relativt mange av sykepleierne, rundt 20 prosent, som oppgir at pasientens behov når det gjelder fysisk helse i liten grad eller ikke imøtekommes. Sykepleiere i poliklinikk rangerer fysisk helse blant de fem som en i minst grad klarer å imøtekomme behov på. I spørsmålsbatteriet med de 32 arbeidsoppgavene, som gjennomgått over, så vi også sykepleiernes rangering av behovet for å jobbe mer med fysisk helse (se fig appendiks bak i rapporten for oversikt). Studien tyder alt i alt på at fysisk helse er et område som sykepleierne jobber bra med, men samtidig at det er behov for å jobbe mer med dette for å imøtekomme pasientenes behov, og å bidra til å redusere gapet mellom denne pasientgruppen og befolkningen forøvrig. I beskrivelsen av hva som kjennetegner sykepleierrollen på feltet var det da også mange sykepleiere som trakk fram kunnskap om fysisk helse og særlig evnen til å se psykisk og somatisk helse i sammenheng som deres særegne kompetanse.

Studien viser at sykepleierne dekker mange av de behovene pasientene har som defineres som klassisk sykepleiefaglige områder. Samtidig så vi at seksualitet og samliv, samt eksistensielle/åndelige behov og til dels fysisk aktivitet også er nevnt som områder der det er behov for en større innsats. Hvorfor er det så slik at disse områdene ikke blir godt nok fulgt opp? I intervjuene antydes det at områdene er tabubelagte og vanskelige å snakke om. De fleste av pasientene innen psykisk helsevern og TSB har sammensatte behov. Det betyr at de også har behov for blant annet økonomisk veiledning og oppfølging knyttet til arbeid og aktivitet. Dette er oppgaver som sykepleiere generelt sett er mindre/lite trent i å jobbe med. Det store omfanget av behov som skal dekkes aktualiserer spørsmålet om arbeidsdeling og ansvar. Hvilke faggrupper skal ha ansvar for hva? Uansett viser studien at sykepleierne opplever at pasientene har udekkete behov særlig knyttet til økonomisk veiledning, seksualitet og samliv, eksistensielle og åndelige behov, arbeid og aktivitet, samt fysisk aktivitet.

Hindre for å imøtekomme pasientenes behov

Spørreundersøkelsen avdekket en rekke faktorer som respondentene ser som hindre for at de skal klare å imøtekomme pasientenes behov. Disse omfatter økonomiske forhold som krav om effektivitet og behandling av flest mulig pasienter. I forlengelsen av dette ble tidsmangel, stor arbeidsmengde og høyt arbeidspress nevnt. Sykepleierne opplever at det er en rekke arbeidsoppgaver som skal utføres i løpet av arbeidsdagen, og det er behandlingsfrister som skal overholdes. Videre fant vi at respondentene syntes at noen av arbeidsoppgavene som de har ikke er sykepleiefaglige, og at for mye tid blir brukt på for eksempel matlaging, rydding, samt dokumentasjon og "byråkrati." Forskjellige elementer av intern organisering på arbeidsplassen kan også være til hinder for møte pasientenes behov. Dette omfatter faktorer som for lav bemanning, for mange ufaglærte, liten tilgang til personell med nødvendig kompetanse, for stor - eller for liten - arbeidsdeling og for dårlig kontinuitet i behandlingsskjeden. Også det fysiske miljøet kan være et hinder, for eksempel kan dårlig tilrettelagt for at pasientene kan drive med fysisk aktivitet. Kompetanse og faglige perspektiver er en annen kategori hindre. Her ble det

trukket fram at det er krevende å skulle ha kunnskap på så mange områder som pasientene har behov for, og det er for lite fokus på kompetanseheving. Det er også en del områder (eks. seksualitet og samliv) som får for lite oppmerksomhet (jf. over om behov som blir dårlig dekket). Videre synes noen at det medisinske perspektivet vektlegges på bekostning av andre faglige perspektiver. Samhandling med kommuner og tilbudet som gis i kommunene er også faktorer som blir sett på som hindre. Det er mye samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, men den fungerer ikke alltid optimalt, og det er rom for forbedring. Sist, men ikke minst, ble for lite og for dårlig samarbeid med pårørende trukket fram som et hinder, samt for lite pasient-/brukermedvirkning. Større involvering av pasienter og pårørende er områder der sykepleierne særlig rapporterer om behov for større innsats. Det er altså en høy bevissthet omkring behovet for større involvering av både pasienter og pårørende for å lage et godt behandlingsopplegg for pasientene. Ulike tema kan aktualiseres i et tettere samarbeid med pasienter og pårørende, for eksempel en større oppmerksomhet på fysisk helse.

Behov for kompetanseutvikling

Det vil alltid være behov for kompetanseutvikling i en helsetjeneste som er i kontinuerlig endring, og vi så over at manglende fokus på dette var av noen sett på som et hinder for å imøtekomme pasientenes behov. I studien har vi undersøkt hva slags kompetanseutviklingstiltak som eksisterer på arbeidsplassen i form av veiledning og fagutviklingstilbud og hva slags muligheter sykepleierne har til å ta kurs, videreutdanning m.m. utenfor arbeidsplassen. Generelt sett så vi at sykepleierne gjerne sammenlikner sine muligheter for kompetanseutvikling med psykologer og leger. Sammenliknet med disse gruppene er sykepleiernes tilbud usystematisk i form av dårligere rammebetingelser og mindre formulerte planer for deres videre karriere. Behovet for kompetanseutvikling ble tatt opp i medarbeidersamtaler for ca. 60 prosent av respondentene.

Faglig veiledning, enten generell veiledning, eller sykepleiefaglig veiledning er et viktig tiltak for å reflektere rundt og utvikle praksis. Ca. halvparten av respondentene fikk generell veiledning, mens kun 17 prosent fikk sykepleiefaglig veiledning. Studien tyder på at mange sykepleiere ønsker seg mer veiledning, og aller helst sykepleiefaglig veiledning. Oppfatningene om muligheter til å gå på kurs eller ta videreutdanning fant vi at varierte blant sykepleierne i studien. Noen mente de hadde svært gode muligheter til kompetanseheving gjennom ulike kurs, men den mest dominerende holdningen var likevel at andre yrkesgrupper ble prioritert før sykepleierne når det gjaldt å få delta på kurs, og at turnusarbeid gjorde det krevende å delta – særlig for sykepleiere på døgnenheter. Når det gjaldt videreutdanning var det primært forskjellen mellom den tidligere psykiatriske sykepleierutdanningen og den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid som ble diskutert under intervjuene. Mange var svært kritiske til dagens videreutdanning i psykisk helsearbeid, med begrunnelsen at den er for generell og for lite nyttig for sykepleiere. Erfaringene var imidlertid også at utdanningen varierer stort fra lærested til lærested.

I studien undersøkte vi også hvilke konkrete kompetansebehov respondentene hadde. De hyppigst oppgitte temaene som respondentene "i stor grad" hadde behov for var medisinfri behandling, problemstillinger knyttet til pasienter med minoritetsbakgrunn og bruk av ny teknologi for oppfølging og behandling. Alle temaene kan sies å reflektere utviklingstrekk i dagens helsevesen.

Videreutvikling av sykepleierrollen innen psykisk helsevern og TSB

I spørreundersøkelsen rangerte respondentene områder de ser på som viktigst (og minst viktige) for å videreutvikle sykepleierrollen innenfor psykisk helsevern og TSB. Analysene viste at det var ganske

stort samsvar på tvers av respondentenes arbeidssteder omkring hvilke områder som bør prioriteres. Rett til årlig lønnet studiepermisjon for faglig oppdatering og rett til faglig oppdatering med lønn et visst antall dager i året var to temaer som ble vurdert som svært viktige. Videre var større vekt på eget fagfelt (psykisk helse og/eller rus) i sykepleierutdanningen høyt prioritert. Et tredje tema som var høyt prioritert var større vekt på å jobbe kunnskapsbasert. Det betyr at en skal ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Til sist var bedre lønnsutvikling over tid vurdert som viktig tema for å utvikle sykepleierrollen. Gjennom intervjuene fant vi eksempler på at særlig sykepleiere som jobber poliklinisk, og har mye individuelt behandlingsansvar, opplever at de har lav lønn sammenliknet med grupper som gjør noenlunde det samme som dem selv.

Konklusjon

Studien viser oppsummert at sykepleierne opplever stort ansvar for mange områder av pasientbehandling og oppfølging. De utfører et mangfold av arbeidsoppgaver, men det er likevel flere områder der de mener det er behov for større innsats for å møte pasientenes behov. Særlig gjelder dette involvering av pasienter og pårørende. Videre gjelder det oppmerksomhet på behov knyttet til seksualitet/samliv og åndelige/eksistensielle behov. Studien tyder på at det jobbes relativt godt med pasientenes fysiske helse, men samtidig kommer det fram at sykepleierne mener det trengs mer for å imøtekomme pasientenes behov på dette området. Resultatene viser lav deltakelse når det gjelder i utforming av Individuell plan, og samtidig relativt sett få sykepleiere som vurderer at det er behov for økt innsats på dette området. Når det gjelder kompetansebehov ønskes mer sykepleiefaglig veiledning og mer kunnskap, først og fremst om medisinfri behandling, pasienter med minoritetsbakgrunn samt ny teknologi for oppfølging og behandling. Dette er temaer som reflekterer sentrale utviklingstrekk i helsevesenet, og tyder på at sykepleierne er framtidsrettet og opptatt av å tilpasse helsetjenestene til de behov pasientene har.

Kunnskapen som er generert gjennom denne studien håper vi vil være til nytte i en utvikling av sykepleierrollen innen psykisk helsevern og TSB. Ved å beskrive ansvar og arbeidsoppgaver hos sykepleierne på feltet, samt i hvilken grad de opplever å dekke pasientenes behov, tegnes et bilde av hvordan det er å være sykepleier innen psykisk helsevern og TSB i dag. Videre, gjennom en redegjørelse av kompetansebehov og av sykepleiernes egne vurderinger av hvilke områder som bør prioriteres for å utvikle sykepleierrollen på feltet, er det mulig å se framover og gi retning til en framtidig utvikling av rollen.

1 Innledning

Bakgrunnen for denne rapporten er at Norsk Sykepleieforbund (NSF) ønsket mer kunnskap om sykepleiernes ansvar og oppgaver innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og i hvilken grad sykepleierne opplever at pasientenes psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov dekkes. Videre ønsket NSF å dokumentere behovet for nødvendig kompetanseutvikling i en helsetjeneste som er i endring.

Norsk Sykepleieforbund har utviklet en politisk plattform for psykisk helse og rus 2013-16, og gjennom denne ønsker de å løfte fram og gi retning for sykepleiernes innsats på dette området i Norge. NSF er opptatt av å tydeliggjøre hvilke bidrag sykepleierne gir i et tverrfaglig psykisk arbeidsfelt og at sykepleiere, "med sin kunnskap om menneskets grunnleggende behov, somatisk og psykiatrisk sykdomsforståelse, relasjonskompetanse og etiske retningslinjer, må bidra aktivt til å imøtekomme de særskilte behovene for sykepleie til sårbare grupper med psykiske helseplager og rusproblemer." (NSF 2013, s.11). Plattformen definerer fire satsningsområder: 1) Anerkjennelse og utvikling av sykepleiekunnskap innen psykisk helse, 2) Tjenesteutvikling i kommunene, 3) Tidlig innsats for risikoutsatte grupper, og 4) Delaktighet, tvang og menneskerettigheter. Det er tidligere utarbeidet en rapport som har vurdert sykepleieres rolle, funksjon og faglighet i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (Karlsson & Kim, 2015).

I den foreliggende rapporten er det sykepleiernes rolle innen psykisk helse og rus i spesialisthelsetjenesten som undersøkes. Relatert til NSF's politiske plattform er det i hovedsak satsningsområde 1 som er i fokus, det å anerkjenne og utvikle videre sykepleiekunnskap innen psykisk helse og rus. Sykepleierne har en sentral rolle både i det kommunale psykiske helse- og rusarbeidet og i spesialisthelsetjenesten. NSF ser det som viktig å "tydeliggjøre hvilke unike bidrag sykepleie gir i et tverrfaglig psykisk arbeidsfelt", og at "pasientens kunnskap og erfaring, samt sykepleiers erfaringskunnskap og forskningsbasert kunnskap, utgjør grunnlaget for en kunnskapsbasert praksis" (NSF 2013, s. 11). Herunder er pågående utredning av pakkeforløp for psykisk helse og rus blant de aktuelle tema som det jobbes med.

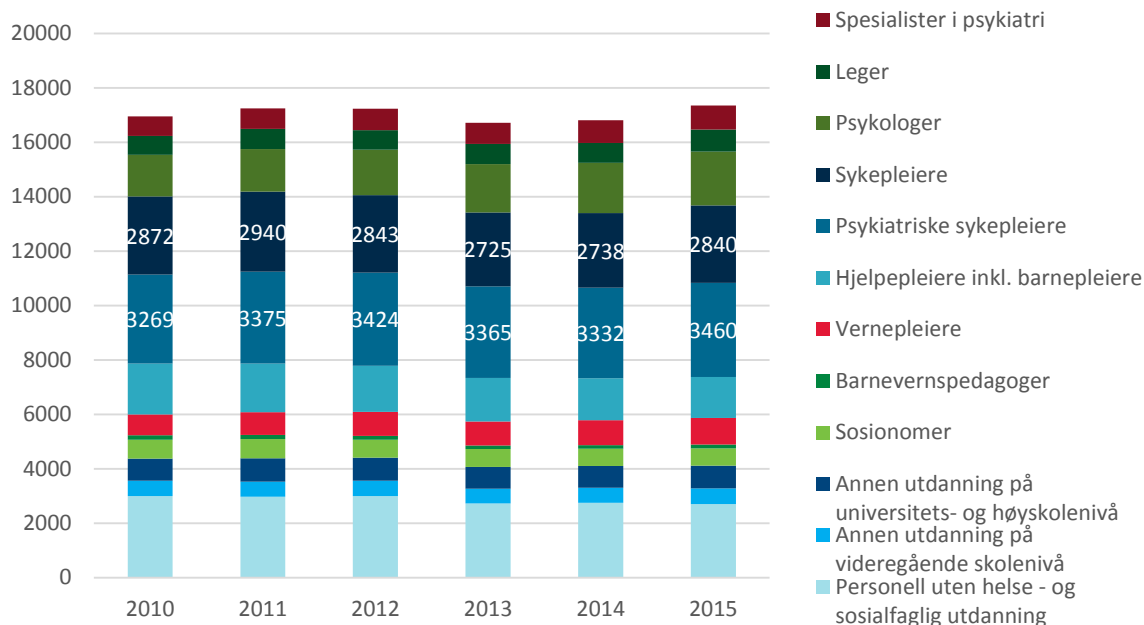
1.1 Strukturelle endringer og nye perspektiver i psykisk helsevern og TSB

Sykepleierne har en lang tradisjon som en sentral yrkesgruppe både i psykisk helsefeltet og rusfeltet. Opptrappingsplanen for psykisk helse (St prp nr. 63 1997-98) bidro vesentlig til en kompetanseøkning, med større innslag både av universitets- og høyskoleutdannet personell, og reduksjon av ufaglært personell (Ådnes & Sitter, 2007). Den markante veksten stoppet opp mot slutten av Opptrappingsplanen, og har deretter avtatt litt (Samdata, 2015).

1.1.1 Antallet sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og TSB

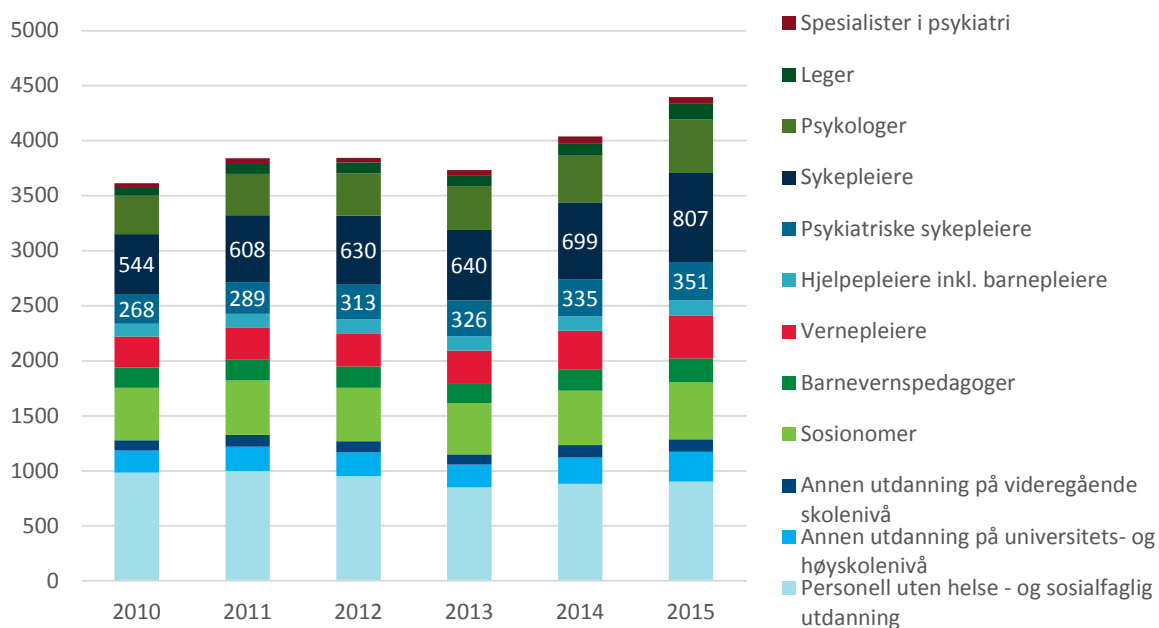
I det spesialiserte psykiske helsevernet for voksne har antallet sykepleiere ligget relativt stabilt på litt over 6000 årsverk de siste fem år, ifølge statistikk fra SSB (avtalte årsverk inkl. lange fravær). Det totale antallet årsverk i 2015 var på 17000 (20000 sysselsatte). Innen TSB er antallet årsverk sykepleiere godt over 1000 av totalt omlag 4300, ifølge SSB sine tall. Antallet årsverk økte med omlag 35 prosent fra 2010-2015. Det er også antallet sykepleiere, sammen med vernepleiere, som har hatt den største økningen i TSB (Samdata, 2015). Tabellene under viser oversikt over antallet årsverk i de ulike

yrkeskategoriene, og utviklingen i perioden 2010-2015 for henholdsvis psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.



Figur 1 Årsverk etter utdanning (avtalte årsverk inkl lange fravær). Psykisk helsevern for voksne. (SSB)

Figurene viser at sykepleiere og psykiatriske sykepleiere utgjør de største yrkesgruppene både i psykisk helsevern for voksne og TSB. Mens antallet sykepleiere i psykisk helsevern har vært stabil de siste årene har antallet sykepleiere i TSB økt markant.



Figur 2 Årsverk etter utdanning (avtalte årsverk inkl lange fravær). Tverrfaglig spesialisert rusbehandling. (SSB)

1.1.2 Desentralisering

Fagfeltene psykisk helsevern og TSB har gjennomgått store strukturelle endringer de siste årene som har påvirket de rollene de ulike yrkesgruppene i feltet har. En vesentlig strategi i Opptappingsplanen for psykisk helse har vært utbygging av en desentralisert spesialisthelsetjeneste gjennom etablering av distriktpsykiatriske sentre (DPS). Endringene i spesialisthelsetjenesten er først og fremst generert av dreiningen fra sengeplasser til poliklinisk og ambulant behandling. I psykisk helsevern har poliklinisk aktivitet økt med 152 prosent i perioden 1998-2014 (Samdata, 2015). Også i TSB har veksten i poliklinisk virksomhet vært stor. Enheter som har endret sektortilhørighet fra psykisk helsevern til TSB utgjør en betydelig del av veksten. Forøvrig preges TSB også av en økning i antallet døgnplasser med 194 i 2014, hvorav en betydelig del (156 plasser) er knyttet til økt volum i avtaler inngått med private institusjoner, og de øvrige er knyttet til utvidelse av behandlingstilbud ved HF-ene.

Opptappingsplanen for psykisk helse og Opptappingsplanen for rusfeltet har i stor grad bidratt til økt rekruttering og kompetanseheving. For kommunene var dette en forutsetning for det økte ansvaret for å tilby tjenester til personer med henholdsvis psykiske problemer og rusavhengighet. For spesialisthelsetjenesten har kompetansehevingen særlig vært rettet mot veksten i den polikliniske og ambulante virksomheten. Samtidig skulle nye perspektiver også bringe fagfeltene videre ved blant annet å styrke tverrfaglighet, samhandling og brukermedvirkning i tjenestene.

1.1.3 Nye perspektiver gjennom nye videreutdanninger

En sentral utdanning i kompetanseløftet i regi av Opptappingsplanen i psykisk helse var den nye tverrfaglige videreutdanning i psykisk helsearbeid, innført i 1998. En annen var SEPREP sitt tverrfaglige utdanningsprogram i behandling, rehabilitering og oppfølging av personer med alvorlige psykiske lidelser. Begge disse tverrfaglige videreutdanningene har gjennom årene hatt deltakelse av et høyt antall sykepleiere fra praksisfeltet, i tillegg til andre yrkesgrupper. I de siste årene har det blitt etablert en rekke flere videreutdanninger. Eksempelvis har det blitt vanlig å ta videreutdanning i kognitiv terapi blant sykepleiere. Videre har en rekke masterprogram blitt etablert blant dem master i psykisk helsearbeid og i rusarbeid.

SINTEF fulgte prosessen med rekruttering og kompetanseheving i regi av Opptappingsplanen gjennom flere prosjekter i den forskningsbaserte evalueringen (Ådnanes & Sitter 2007, Ådnanes, Helgesen og Arnesen, 2005). Både SEPREP og videreutdanningen i psykisk helsearbeid hadde et stort fokus på brukermedvirkning og samhandling. For sykepleierne erstattet den tverrfaglige videreutdanning den gamle videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie. Studiet ga fremdeles anledning til fordypning i eget fag, men SINTEFs evaluering i 2007 viste at blant sykepleierne som tok utdanningen valgte så mange som 79 prosent den tverrfaglige fordypningen (Ådnanes og Harsvik, 2007).

Det er grunn til å tro at perspektivene fra videreutdanningene har påvirket den rollen sykepleiere har i feltet, og når det gjelder omfang gjelder dette først og fremst den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid. I evalueringen av den tverrfaglige videreutdanningen i 2007 (Ådnanes & Harsvik, 2007) fant vi at sykepleierne mente videreutdanningen i stor grad la vekt på samarbeid, tverrfaglighet og brukermedvirkning. Samtidig mente de i større grad enn de andre faggruppene at det var vanskelig å få praktisert tverrfaglighet og brukermedvirkning i sitt ordinære arbeid slik man lærte det ved videreutdanningen. Sykepleierne etterlyste, i større grad enn andre faggrupper i utdanningen, mer

kunnskap om psykiske lidelser, behandling, medisiner og medisinerer i videreutdanningen. De var også mer kritiske enn andre faggrupper til hvorvidt videreutdanningen fremmer bevissthet om eget faglig fundament. Når vi i evalueringen sammenlignet sykepleiere som jobbet i henholdsvis kommunalt psykisk helsearbeid og i psykisk helsevern fant vi at sistnevnte var vesentlig mer kritisk til den tverrfaglige videreutdanningen enn sykepleierne i kommunen, og mer opptatt av å kvalifisere seg for behandling og det å få en teoretisk ramme for arbeidet. De ulike holdningene reflekterte et tydelig holdningsmessig skille mellom sykepleiere på de to nivåene i helsetjenesten, og ga samtidig eksempel på sykepleiernes ulike roller i henholdsvis kommunalt psykisk helsearbeid og i psykisk helsevern. En annen evaluering av den tverrfaglige videreutdanningen, gjort noen år tidligere, konkluderte med at sykepleiernes hadde fått styrket sin tverrfaglige forståelse, men hadde svekket egen disiplin (Granerud, 2003).

I NSF's politiske plattform om psykisk helse og rus går det fram at den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid har bidratt til en bred faglig tilnærming med økt vekt på brukermedvirkning og samhandling (s.12). Samtidig viser NSF til Helsedirektoratets rapport om Kvalitet og kompetanse (2011) der det tas til orde for at felles videreutdanning trolig har ført til "en svekkelse av den spesifikke fagkunnskap som den enkelte faggruppe kunne ta med seg inn i det tverrfaglige samarbeidet" (Helsedirektoratet, 2011).

1.2 Pasienter i psykisk helsevern og TSB

Innen det offentlige psykiske helsevernet for voksne ble det i 2014 behandlet 132226 pasienter hvorav 27251 døgnpasienter. I TSB mottok 30500 pasienter behandling hvorav 30 prosent var døgnpasienter (Samdata, 2015). De fleste av pasientene i psykisk helsevern for voksne (samlet for poliklinikk og døgn) har enten en affektiv lidelse eller en nevrotisk lidelse som hoveddiagnose, henholdsvis 31 og 29 prosent. Ti prosent har schizofreni som hoveddiagnose, seks prosent personlighetsforstyrrelse og like mange har stofflidelse, mens åtte prosent har andre psykiske lidelser som hoveddiagnose. Hovedskillet mellom pasienter i henholdsvis døgnbehandling og poliklinisk behandling er at andelen med stofflidelser og schizofrenier er en del høyere i døgnbehandling mens andelen med nevrotiske lidelser er en del lavere i døgntilbud enn i poliklinikk. De fleste pasientene i TSB får behandling for alkoholavhengighet som hoveddiagnose (36 prosent), og den nest største gruppen er pasienter med opiatavhengighet (29 prosent). Når det gjelder pasienter med ruslidelser som behandles i psykisk helsevern er trenden at andelen har gått betydelig ned de siste årene, noe som sannsynligvis har sammenheng med etableringen av tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 1. januar 2004 (Ibid). I TSB utgjør pasienter med psykiatriske diagnoser og pasienter under utredning henholdsvis 13 og 16 prosent av pasientene i 2014 (Samdata, 2015).

1.2.1 Sentrale behandlingstiltak og udekkede behov hos pasientene

Når en skal se nærmere på sykepleiernes roller i psykisk helsevern og TSB er det av interesse å ha oversikt over tjenestetilbudet og brukernes behov i de respektive fagfeltene. SINTEF har i tidligere kartlegginger for Helsedirektoratet gitt oversikt over en rekke karakteristika som er nyttig for å skape et bilde av situasjon og behov hos pasientene – ikke minst når det gjelder hvilke behandlingstiltak som gis og om pasientene opplever at de får hensiktsmessig behandlingstiltak (Ose & Pettersen, 2014 a,b; Ose, Ådnanes & Pettersen, 2014).

SINTEFs kartlegginger innen poliklinisk virksomhet i psykisk helsevern og TSB viste at individuell samtaleterapi var det vanligste behandlingstiltaket, og at henholdsvis 82 og 85 prosent av pasientene ved de to spesialistområdene mottok dette. Mange pasienter mottok flere behandlingstiltak. Den vanligste kombinasjonen var individuell samtaleterapi og behandling med medikamenter. Videre viste kartleggingen at 12-13 prosent deltok i gruppebehandling og 8-9 prosent mottok en eller annen form for mestringstrening, og det ble oppgitt at 5-6 prosent får hjelp til fysisk aktivitet og trening. Henholdsvis 11 prosent av pasientene i psykisk helsevern og 13 prosent av pasientene i TSB fikk behandling uten medikamenter (Ibid.).

Ved undersøkelse av avvik mellom pasientens ønske og behandlerens ønske i offentlige poliklinikker viste SINTEFs kartlegginger enighet mellom behandler og pasient i mellom 93-100 prosent av tilfellene, og dette gjelder både i psykisk helsevern og TSB (Ose, Ådnes & Pettersen, 2014; Ose & Pettersen, 2014b). Størst var uenigheten når det gjaldt individuell samtaleterapi og medisinerings, der 6 prosent av pasientene ønsket individuell samtaleterapi uten at behandler var enig i dette, og medikamentell behandling der kartleggingen viste uenighet knyttet til 7 prosent av pasientene. Disse beregningene var basert på at både pasient og behandler var tilstede ved vurdering og utfylling av disse spørsmålene. Her er det imidlertid viktig å påpeke at nesten halvparten av pasientene ikke deltok i utfyllingen, og at det er grunn til å tro at disse var mer kritisk til behandlingen enn de som valgte å delta.

Pasienter i psykisk helsevern og TSB er sårbare pasientgrupper med vesentlig kortere levealder enn resten av befolkningen. En studie av Wahlbeck et al (2011) i Sverige, Finland og Danmark viser at personer som har vært sykehusinnlagt med en psykiatrisk diagnose har inntil 20 års kortere levealder enn resten av befolkningen – et gap som ikke har blitt vesentlig mindre de siste 20 år. Denne overdødeligheten gjelder alle psykiatriske diagnosegrupper. Wahlbeck og kolleger konkluderer at det er blant annet behov for helsefremmende tiltak for å redusere dette gapet. Andre studier peker på at også underbehandling forekommer blant pasienter med psykiske lidelser ved at de får forskrevet langt færre medikamenter for en spesiell lidelse enn pasienter uten psykiske problemer (Mitchell et al. 2012).

Det vil alltid være behov for mer kunnskap og kompetanse for å gjøre tjenestene bedre. I Kunnskapscenterets brukererfaringsundersøkelse i psykisk helsevern i 2014 fant man at pasientene pekte på flere områder for forbedring; syv av ti hadde ikke fått tilstrekkelig informasjon om de behandlingsmulighetene som finnes, 60 prosent opplevde at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om sine psykiske plager eller diagnose, og 72 prosent opplevde i tillegg at behandlerne/personalet i liten grad eller ikke i det hele tatt hadde forberedt dem på tiden etter utskriving (Kjøllesdal & Iversen, 2014).

1.3 Sykepleiernes roller og bidrag i psykisk helse og rusarbeid

Utfordringene for helsevesenet er store når det gjelder pasienter med psykisk helseproblemer og/eller rusproblemer. Norsk Sykepleierforbund er interessert i å få en bedre oversikt over hva som karakteriserer sykepleiernes rolle og bidrag i dette arbeidet, og på hvilke områder det trengs større innsats for å komme brukernes behov i møte.

Det er gjort en undersøkelse av sykepleiernes rolle i det kommunale psykiske helse og rusarbeidet, gjort av Karlsson & Kim i 2015. Undersøkelsen viser at sykepleierne i kommunen har høy kompetanse i form av videreutdanning innen psykisk helse og rusarbeid samt lang klinisk erfaring. Forfatterne konkluderer at sykepleierne i all hovedsak arbeider med direkte klinisk arbeid forstått som støttesamtaler og ulike

terapeutiske samarbeidsformer, at sykepleiernes arbeid preges av hyppig kontakt med et høyt antall brukere, og at de ivaretar samordning og koordinering av ulike tjenestetilbud på vegne av brukere (Ibid.). Studien viser at sykepleierne forstår sitt mandat som relativt fritt, og at de oppfatter sine roller og funksjoner som delvis flytende og i endring, og overlappende med andre fag- og yrkesgrupper. Forfatterne påpeker at de ideologiske endringene i systemet, sammen med økt press på faglig tid, økonomi og systemeffektivitet har gjort at mange tidvis opplever tretthet og resignasjon. Videre at nye og tyngre brukergrupper i kommunene har gjort at sykepleiernes fysiske og somatiske kunnskaper har blitt viktigere. Studien viser også til at sykepleierne evner å ta i bruk en faglig tilnærming som er inspirert av recovery-perspektivet.

Mens sykepleiere har vært helt sentrale i de siste årenes oppbygging og definering av det kommunale psykiske helse og rusarbeidet, er det grunn til å anta at sykepleiernes rolle i spesialisthelsetjenesten i større grad preges av de rammene og den medisinskfaglige tradisjonen som gjelder der. Videre at det dreier seg om pasienter som jevnt over er sykere. Rollene vil også være relativt ulike basert på om sykepleieren jobber i DPS eller i sykehus, og basert på hvilken type avdeling, eksempelvis akuttavdeling versus langtidsavdeling. Her vil pasientenes behov være ulike.

Samtidig som sykepleiernes rolle i det sykdomsfaglige er sentral, er det også en rekke andre utfordringer og kompetanseområder som skal dekkes og videreutvikles innen psykisk helsevern og TSB. Dette gjelder for eksempel det å få til et godt samarbeid med, involvering og medbestemmelse for pasienter og pårørende; kompetanse til det å jobbe integrert eller tverrfaglig i team, sørge for helhetlige og gode pasientforløp gjennom god samhandling med øvrige enheter i spesialisthelsetjenesten, med kommunene og med NAV etc. Som nevnt har blant annet videreutdanningene bidratt til større vekt på tverrfaglighet, og en faglig tilnærming med økt vekt på brukermedvirkning og samhandling. Norsk Sykepleierforbund arbeider for at disse perspektivene skal styrkes gjennom pakkeforløp, som nå utredes under ledelse av Helsedirektoratet. Viktige formål med pakkeforløp er å etablere forutsigbare og koordinerte tjenesteforløp som vil stille krav, både til videreutvikling av tjenestene og personellet som arbeider der.

Det vises til at det finnes to dominerende tradisjoner i psykiatrisk sykepleie, henholdsvis medisinsk-psykiatrisk og humanvitenskapelig paradigme (se for eksempel Karlsson, 2011 og 2009). Oppgavene er mangfoldige, og enkelte studier tyder på at sykepleierne ofte opplever eget bidrag som utydelig, og at det kan være vanskelig å synliggjøre sin profesjon i det tverrfaglige arbeidet (se for eksempel Varsi 2010). I en studie av hva som er psykiatriske sykepleieres spesifikke kompetanse i forhold til andre yrkesgrupper fant man at kunnskap om kroppen var det som sykepleierne oppfattet at skiller dem faglig fra de andre høgskoleutdannede yrkesgruppene (Karlson, 2006), og at kunnskap om sammenhenger mellom psykiske reaksjoner og kroppslige symptomer, utgjorde en viktig kompetanse i det tverrfaglige samarbeidet. Studien konstaterte at sykepleierne opplever at de møter pasienter med praktiske tiltak ut fra situasjonen her og nå, og at de på denne måten oppnår gode relasjoner (Ibid.). Studien viste også at noen sykepleiere vektla omsorg som en spesialkompetanse, mens andre mente omsorg kan være en motsetning til mestring, og dermed at det å framheve omsorg som spesialkompetanse virker ødeleggende på psykiatrisk sykepleiers identitet fordi det gjør yrkesgruppen utydelig.

1.4 Studiens mål

Formålet med studien har vært å tydeliggjøre sykepleiernes bidrag innen de spesialiserte tjenestene psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Studien belyser følgende hovedproblemstillinger:

1. Hvilket ansvar og hvilke oppgaver har sykepleiere innenfor psykisk helsevern og TSB?
2. Hvilke behov for sykepleiefaglig kompetanse hos pasienter i psykisk helsevern og TSB opplever sykepleiere i disse tjenestene at de dekker, herunder psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov?
3. Hva er behovet for kompetanseutvikling blant sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB, og i hvilken grad dekkes dette behovet?

2 Metode og materiale

Data i studien har innledningsvis blitt samlet inn via fokusgruppeintervjuer, og en påfølgende nasjonal spørreundersøkelse blant sykepleiere som arbeider i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Data ble samlet inn mellom august og november 2016.

2.1 Eksplorerende forstudie gjennom fokusgruppeintervjuer

Det ble gjennomført tre fokusgruppeintervjuer blant sykepleiere innen psykisk helsevern og TSB. Vi utformet en intervjuguide som dekket opp de mest sentrale temaene i studien. Samtidig ønsket vi å la informantene få snakke forholdsvis fritt, eller dreie intervjuet over på tema som de opplevende som mest relevante. Fokusgruppene hadde dermed en eksplorerende tilnærming for å fange opp sentrale elementer når det gjelder sykepleieres vurdering av hva som er sentralt når det gjelder deres rolle, ansvar og bidrag innenfor psykisk helsevern og rus.

NSF rekrutterte sykepleiere til intervjuene. Vi hadde som mål at alle helseregioner skulle være representert, samt at flest mulig typer arbeidssteder skulle bli dekket opp. Dette ble oppnådd. De to første fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i NSF's lokaler i Oslo 30. august. Her deltok henholdsvis ti og 13 sykepleiere. Det tredje intervjuet ble gjennomført hos SINTEF i Trondheim 1. september, og her deltok 15 sykepleiere. For alle tre intervjuer fungerte prosjektleder som moderator for samtalen, mens en av prosjektmedarbeiderne var ordstyrer. Intervjuene varte i ca. to timer.

Gruppene var store, noe som på den ene siden medførte at mange perspektiver og erfaringer ble delt. Gjennom interaksjon mellom deltakerne fikk vi i tillegg fram informasjon som lett blir uuttalt gjennom andre datasamlingsteknikker (Brataas, 2003). Samtidig var det en utfordring å la alle få komme til orde siden gruppene var så store.

Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av diktafon og transkribert for analyse etter prinsipper for kvalitative metoder (Kvale, 2015). Alt i alt frembrakte intervjuene svært mye nyttig kunnskap for studien som både ble benyttet i utforming av spørsmål til spørreundersøkelsen, og som en del av datagrunnlaget for videre analyse i prosjektet.

2.2 Spørreundersøkelse

Videre ble det gjennomført en web-basert spørreundersøkelse rettet mot sykepleiere som jobber innenfor psykisk helsevern og TSB. SINTEF utviklet spørreskjemaet, blant annet basert på innspill fra fokusgruppeintervjuene og fra en referansegruppe satt sammen av NSF. I referansegruppen deltok tre sykepleiere med relevante fagbakgrunner fra NSF, samt to sykepleiere med både klinisk erfaring og forskningskompetanse.

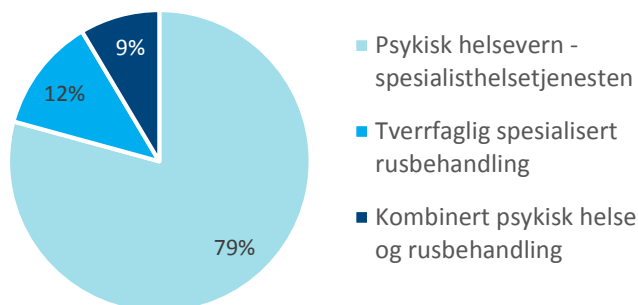
SINTEF benyttet Sentio Research AS som tilpasset spørreskjemaet for web, foretok utsendelse og mottok utfylte skjema. I tillegg klargjorde Sentio data for videre analyse hos SINTEF. Utsendelsen ble gjort via epost og SMS på mobil.

Undersøkelsen ble sendt ut til et utvalg på 5800 sykepleiere innenfor psykisk helsevern og TSB, basert på medlemsregister hos NSF. Dette utgjør omlag 78 prosent av de totalt ca. 7400 sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB (6300 i psykisk helsevern og 1100 i TSB). Kriteriene for uttak av utvalg fra NSF's medlemsliste er som følger: medlem som jobber innenfor psykiatri/rusbehandling, eller har

stillingsbetegnelse psykiatrisk sykepleier eller er medlem i faggruppen for psykiatri/rus og som jobber i spesialisthelsetjenesten. Av de 5800 sykepleierne var det 230 vi ikke nådde, eller som ga tilbakemelding om at de ikke var i målgruppen. Videre var det 69 respondenter som oppga (i selve skjemaet) at de enten jobber i psykisk helsevern for barn og unge eller i et annet fagfelt, og dermed ble disse utelatt fra studien. 1918 svarte på undersøkelsen. Endelig svarprosent basert på de 5501 personene som mottok henvendelsen utgjør dermed 35 prosent.

2.3 Utvalget i spørreundersøkelsen

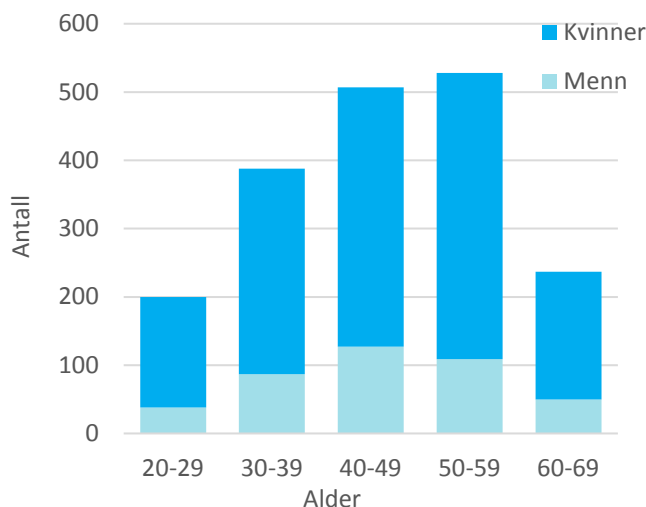
Figur 3 viser hvor respondentene er ansatt – i henholdsvis psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller kombinert.



Figur 3 Del av sektoren man er ansatt i, prosent (N=1918)

Av respondentene i utvalget er 79 prosent ansatt i psykisk helsevern, tolv prosent er ansatt i TSB, mens ni prosent jobber med kombinert psykisk helse og rusbehandling. Tall fra SSB viser at andelen årsverk i TSB samsvarer godt (14,5 prosent sysselsatte i TSB i flg. SSB).

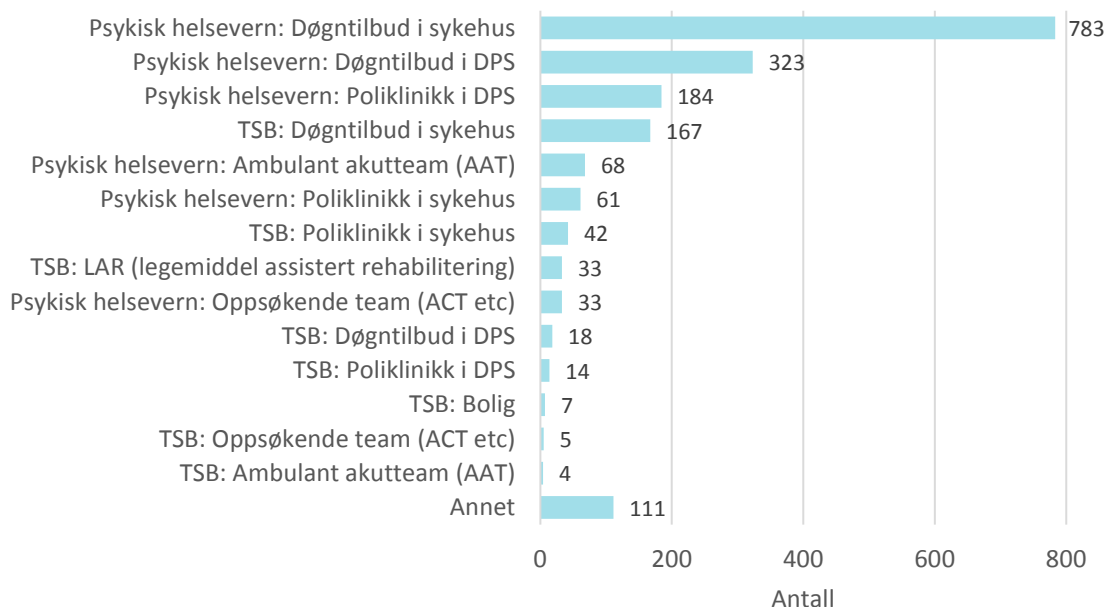
Videre ser vi på alders- og kjønnsfordeling i utvalget, vist i Figur 4.



Figur 4 Alders- og kjønnsfordeling på respondentene, antall (N=1860)

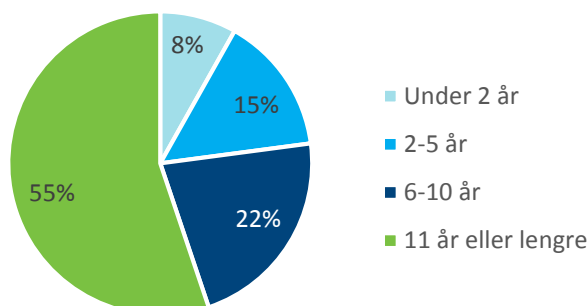
Figur 4 viser at flesteparten av respondentene er mellom 40 og 60 år, og det er som forventet en stor overvekt av kvinner blant respondentene.

Videre så vi mer detaljert på i hvilken type enhet respondentene er ansatt, illustrert i figuren under.



Figur 5 Nåværende arbeidssted, antall (N=1853)

Omlag fire av ti (42 prosent) av respondentene er ansatt i et døgntilbud i sykehus innenfor psykisk helsevern. Deretter følger ansettelse i psykisk helsevern døgntilbud i DPS (17 prosent) og poliklinikk DPS (ti prosent) som de stedene de fleste av respondentene er ansatt i. Av respondentene som jobber innenfor TSB er de fleste ansatt i et døgntilbud i sykehus (ni prosent). Forøvrig er det forholdsvis få som er ansatt i de andre kategoriene arbeidssteder.

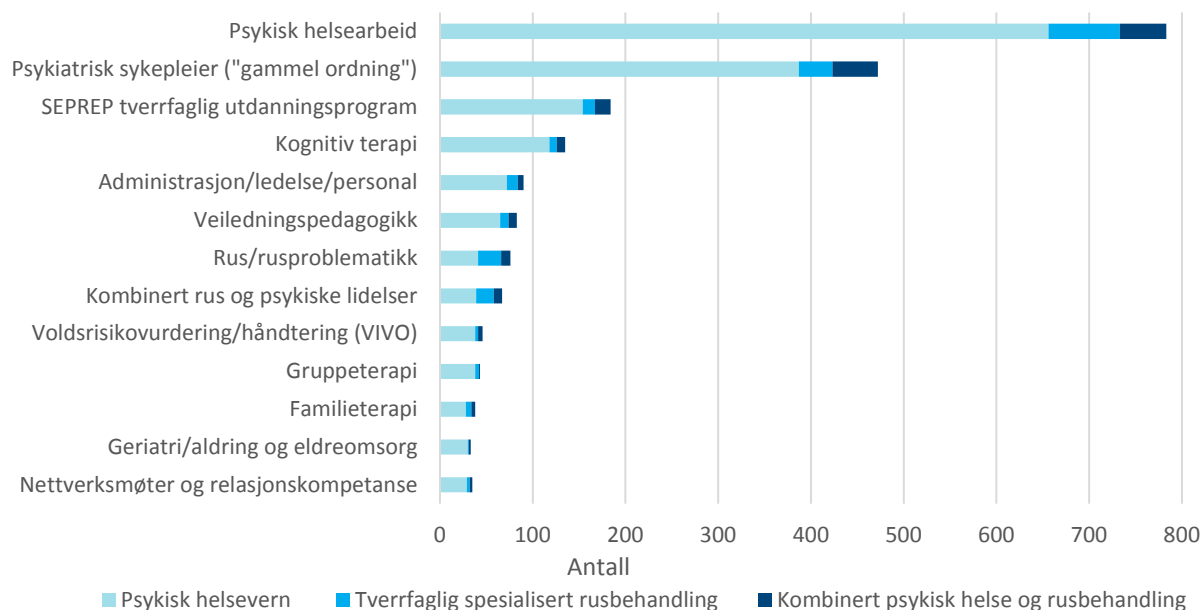


Figur 6 Antall år jobbet innenfor psykisk helsevern/TSB. Prosentvis fordeling (N=1865)

Respondentene i spørreundersøkelsen er erfarne sykepleiere på feltet. Figur 6 viser at 55 prosent har jobbet elleve år eller lengre innenfor psykisk helsevern/TSB, mens 22 prosent har jobbet seks til ti år på feltet. Totalt 23 prosent har jobbet mindre enn fem år. En stor andel av respondentene har

videreutdanning. I underkant av tre fjerdedeler har gjennomført videreutdanning, mens ca. seks prosent holder på med videreutdanning. 17 prosent har ikke videreutdanning.

I Figur 7 ser vi nærmere på hva slags videreutdanninger respondentene har og hvor disse er ansatt. Det er mulig å ha flere videreutdanninger, derfor ser vi at antall videreutdanninger er større enn antall respondenter i studien totalt.

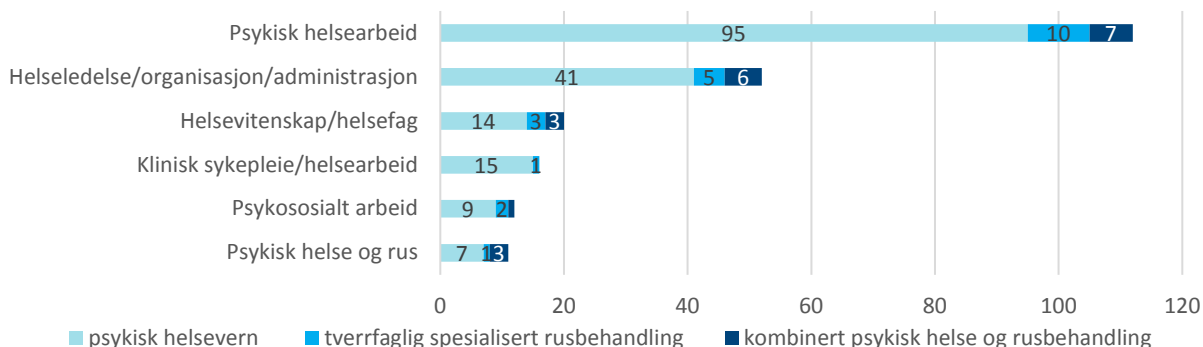


Figur 7 Type videreutdanning kombinert med arbeidssted, antall (N=2078)

Figuren viser for det første at de vanligste videreutdanningene er psykisk helsearbeid (38 prosent), psykiatrisk sykepleier (23 prosent), SEPREP tverrfaglig utdanningsprogram (ni prosent) og kognitiv terapi (sju prosent). Gitt at de fleste respondentene jobber innenfor psykisk helsevern, finner vi naturlig nok at alle videreutdanninger - i reelle tall - er mer utbredt i psykisk helsevern enn i rusbehandling. For de som er ansatt innenfor rusbehandling (enten TSB eller kombinert psykisk helse og rusbehandling) er også de samme videreutdanningene mest utbredt. I tillegg ser vi at videreutdanning innenfor rus/rusproblematikk, og kombinert rus og psykiske lidelser, er utdanninger som proporsjonalt sett er mye mer vanlig blant ansatte på rusfeltet enn blant ansatte i psykisk helsevern.

En rekke av respondentene har også oppgitt andre videreutdanninger, totalt 20-25 stykker. Disse spenner fra utdanninger som er rettet inn mot psykisk helse og rusfeltet via helt generelle utdanninger, til spesifikke videreutdanninger på andre felt. Eksempler er spillavhengighet, selvmordsforebygging, psykodrama/gestaltterapi, spiseforstyrrelser og motiverende intervju, intensivsykepleie, pedagogikk, rehabilitering og pediatri.

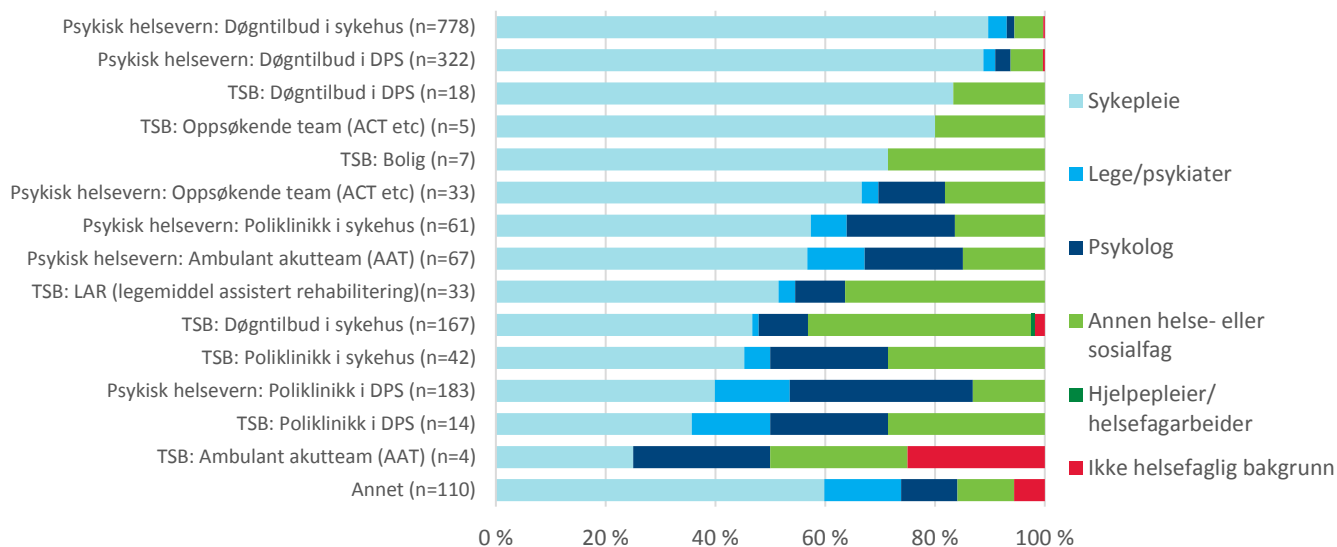
Totalt 258 av respondentene har mastergrad (14 prosent). Figur 8 viser hvilken mastergrad sykepleierne har tatt eller holder på med.



Figur 8 Hvilken mastergrad har du tatt eller holder på med? (De hyppigst oppgitt kategoriene). Fordelt på respondentenes arbeidssted. Antall (N=223)

Hovedvekten av mastergradene er plassert innenfor psykisk helsearbeid, med ledelse, organisasjon og administrasjon på andre plass. Videre viser figuren hvordan type mastergrad er fordelt på ansettelsessted. I tillegg er det ti sykepleiere som oppgir at de har master i andre emner¹. Andelen mastergrader innenfor hvert arbeidssted synes å samsvare godt med andelen ansatte innenfor de ulike delene av feltet. Ansatte i de ulike delene av psykisk helse og rusfeltet har altså masterutdanning i omtrent like stor grad.

Vi fant det også interessant å se på hvilken fagbakgrunn respondentens leder hadde. Det har imidlertid ikke vært en del av dette prosjektet å vurdere om leders bakgrunn har noen betydning for hvordan sykepleier svarer, men kan være av interesse i eventuelle videre analyser av datamaterialet.



Figur 9 Fagbakgrunn hos nærmeste leder, fordelt på arbeidssted. Prosent (N=1841)

I psykisk helsevern-døgn er det stort sett sykepleiere som utgjør nærmeste leder for våre respondenter. Dette gjelder i omlag 90 prosent av tilfellene. Svarene tyder på at det er mye mer vanlig innen psykisk

¹ Disse oppgir at de har master i: sykepleievitenskap, relasjonsbehandling, rus, tverrfaglig sykepleievitenskap, relasjonsbehandling, rus, tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren, kunnskapsbasert praksis i helsefag, folkehelsevitenskap, psykososialt arbeid, brukermedvirkning, aldring, brukermedvirkning, aldring og eldreomsorg/demens.

helsevern at psykolog er nærmeste leder blant sykepleiere i poliklinikk, og enda mer vanlig dersom poliklinikk er i DPS. I TSB ser vi at det er flest som har sykepleier i døgntilbud ved DPS, i oppsøkende team og i bolig, men her er det relativt få respondenter. I resten av TSB er det omlag halvparten som har sykepleier som nærmeste leder, og det samme er tilfelle i psykisk helsevern, poliklinikker i DPS. Her er det et like stort innslag av psykologer som sykepleiere som utgjør nærmeste leder.

2.4 Analyser av datamaterialet

Alle analyser av data fra spørreskjema er gjort i STATA. Vi har testet deler av materialet for signifikante forskjeller ved hjelp av logistisk regresjon, spesifikt hvorvidt gjennomføring av spesifikke arbeidsoppgaver og behov for disse er ulik ved de ulike arbeidsplasser (døgntilbud, poliklinikk, team, LAR) samt mellom psykisk helsevern og TSB i henholdsvis døgntilbud og poliklinikk. Denne subgruppeanalysen ble ikke gjort for tem og LAR på grunn av begrenset utvalg her. Vi analyserte også om det rapporterte behovet for å lære mer om spesifikke tema skilte seg signifikant mellom sykepleiere i psykisk helsevern og TSB. For å teste dette brukte vi Wilcoxon rank-sum test. Vi rapporterer signifikante forskjeller dersom $p \leq 0,05$. Det vil si at vi aksepterer inntil fem prosent sannsynlighet for at forskjellen ikke bare er tilfeldig variasjon, men en tendens som gjelder hele populasjonen.

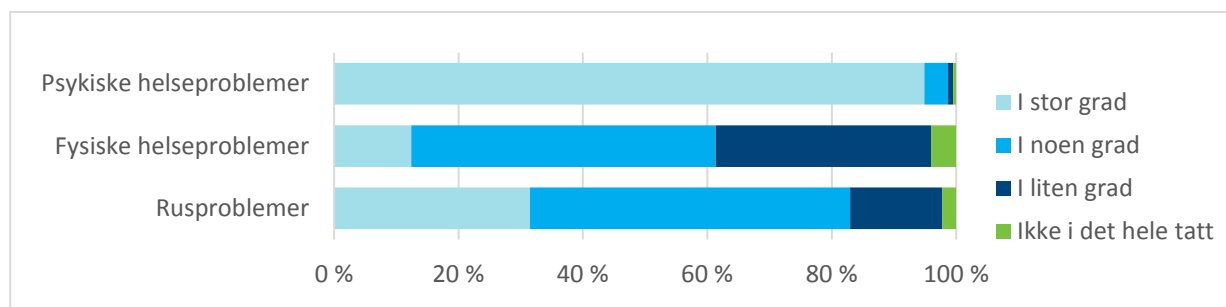
3 Resultater

Resultatkapitlet er delt opp i fem hoveddeler, hvorav de fire første delene er strukturert ut fra hovedproblemstillingene i studien. I del 3.1 ser vi litt overordnet på sykepleiernes rolle i psykisk helsevern og TSB – hvor mye det legges vekt på å jobbe med fysiske helse, hvor mye direkte pasientkontakt sykepleierne har og hvordan de vurderer egen rolle i fokusgruppeintervjuene. I del 3.2 tar vi for oss en lang rekke spesifikke arbeidsoppgaver og ser på hvor ofte sykepleierne utfører disse oppgavene, og videre om de synes de burde gjøre mer eller mindre av oppgaven, eller om det er passe omfang av den. I del 3.3 ser vi på hvordan sykepleierne vurderer fordelingen av oppgaver og ansvar på arbeidsplassen, samt samarbeid med andre profesjoner. I del 3.4 tar vi for oss pasientenes behov og sykepleiernes kompetanse. I del 3.5 ser vi på sykepleieres kompetansebehov og hvordan dette dekkes, eller eventuelt ikke dekkes. Avslutningsvis i resultatkapitlet, i del 3.6, ser vi på hva sykepleiere selv mener skal til for å videreutvikle sykepleierrollen innenfor psykisk helsevern og TSB.

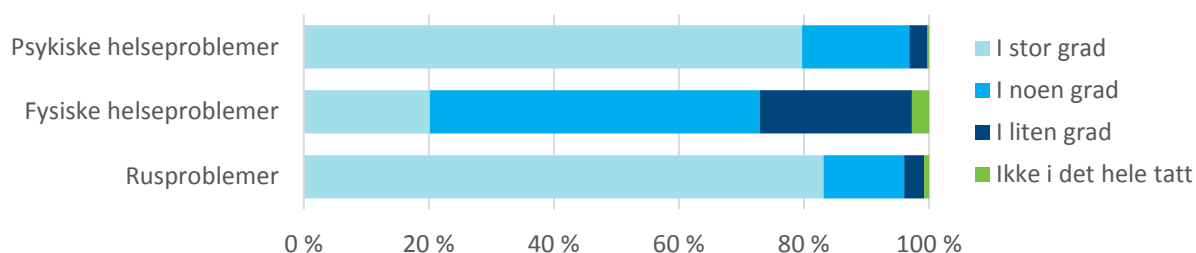
For det første viser våre analyser av data fra spørreskjemaundersøkelsen få signifikante forskjeller ut fra om respondentene jobber innenfor psykisk helsevern eller rusbehandling. Vi har derfor ikke konsekvent delt opp figurer og tabeller basert på disse kategoriene, men gjør det i noen tilfeller der det er grunn til å forvente særlige forskjeller. Mange av sykepleierne vi intervjuet argumenterte for at de største forskjellene med hensyn til oppgaver og ansvar finnes mellom enheter som poliklinikk og sengeposter. Det var derfor interessant å se på om dette gjenspeilet seg i det kvantitative materialet. Vi har derfor valgt å presentere mange av resultatene fordelt på hvilken type arbeidsplass respondentene har. Det vil si at vi har delt inn svarene ut i fra om respondentene jobber i døgntilbud, poliklinikk, oppsøkende team eller i LAR. Her finner vi en del forskjeller mellom gruppene. Vi gjør oppmerksom på at siden det er få respondenter som er ansatt i LAR, er det vanskelig å avdekke om det er signifikante forskjeller knyttet til den gruppens omfang av arbeidsoppgaver sammenliknet med andre. For en rekke spørsmål presenteres detaljerte resultater for den enkelte enhet i vedlegg bakerst i rapporten.

3.1 Sykepleieres rolle

En hovedproblemstilling i studien har vært å kartlegge hvilket ansvar og hvilke arbeidsoppgaver sykepleiere innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har. Vi starter med å se litt overordnet på i hvilken grad ansatte innenfor henholdsvis psykisk helsevern og TSB jobber med psykiske og fysiske helseproblemer, samt rusproblematikk. I denne sammenheng er vi særlig interessert i å se hvor mye det jobbes med fysiske helseproblemer, og om det er forskjeller mellom sykepleiere i psykisk helsevern og TSB når det gjelder oppfølging av *fysiske* helseproblemer.



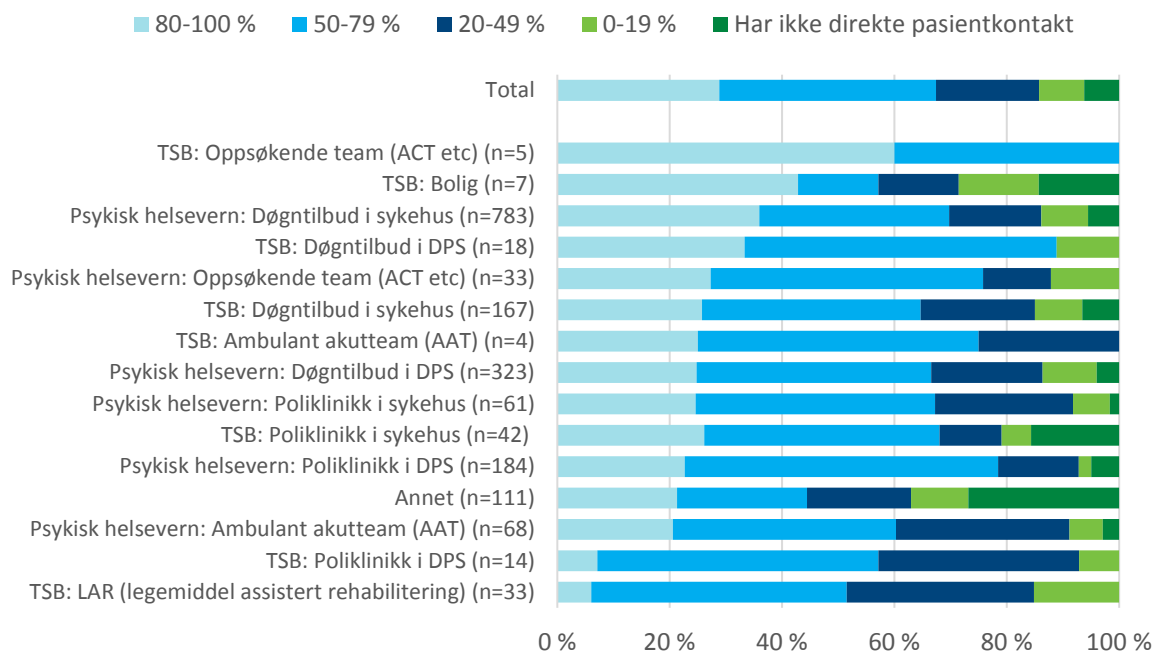
Figur 10 I hvilken grad jobber du med henholdsvis psykisk helse, fysisk helse og rusproblematikk, ansatte i psykisk helsevern, prosent (N=1436)



Figur 11 I hvilken grad jobber du med henholdsvis psykisk helse, fysisk helse og rusproblematikk, ansatte i TSB eller i kombinert psykisk helse og rus, prosent (N=373)

Som forventet finner vi at sykepleiere i psykisk helsevern i noe større grad enn ansatte i TSB jobber med psykiske helseproblemer, og videre at sykepleiere på rusfeltet i mye større grad jobber med rusproblemer enn sykepleiere innen psykisk helsevern. Det er imidlertid interessant å merke seg at så mange som fire av ti sykepleiere innen psykisk helsevern i liten grad, eller ikke i det hele tatt jobber med fysiske helseproblemer. 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, og har en langt lavere gjennomsnittlig levealder enn befolkningen generelt.

Vi stilte også spørsmål om hvor mye pasientkontakt respondentene har gjennom «en vanlig dag på jobben». I Figur 12 under vises andelen pasientkontakt ut fra arbeidssted. Størst andel pasientkontakt finner vi øverst i figuren, med synkende andel nedover.



Figur 12 Andelen tid brukt på direkte pasientkontakt ut fra arbeidssted, prosent (N=1853)

Sammenfattet bruker i underkant av 30 prosent av respondentene 80-100 prosent av tiden på pasientkontakt, og i underkant av 40 prosent bruker 50-79 prosent av tiden på pasientkontakt. En mindre gruppe har ikke pasientkontakt og omlag en fjerdedel bruker under halvparten av tiden på

pasientkontakt. Alt i alt bruker altså respondentene forholdsvis mye tid på direkte pasientkontakt. Det er ingen systematiske forskjeller mellom psykisk helsevern og TSB.

Forskjellene mellom arbeidsstedene er ganske små, men figuren tydeliggjør visse variasjoner. Ser vi mer spesifikt på arbeidsstedene der ansatte bruker størst og minst andel tid på pasientkontakt, er det ansatte i oppsøkende team og bolig innenfor TSB som bruker mest tid, men her er det svært få respondenter i undersøkelsen. Ikke overraskende er det sykepleiere i døgntilbud som bruker mest tid på direkte pasientkontakt. Minst tid brukt på direkte pasientkontakt finner vi blant ansatte i LAR, poliklinikk ved DPS innenfor TSB (samt i «annet»-kategorien).

3.1.1 Sykepleieres rolle vurdert i fokusgruppeintervjuene

Fordelingen av tid brukt på forskjellige arbeidsoppgaver (f.eks. direkte pasientkontakt og andre arbeidsoppgaver) og hvordan arbeidsoppgavene er distribuert mellom sykepleiere og andre ansatte er et sentralt tema å utforske for å forstå hva slags ansvar og hvilke arbeidsoppgaver sykepleiere har innenfor psykisk helsevern og TSB. I gruppeintervjuene ble temaet «hva er sykepleieres rolle på feltet?» diskutert. I spørreundersøkelsen kommenterte mange respondenter hva de synes om egen rolle. Oppsummert kan en si at en del synes det er vanskelig å formulere eksakt hva som er sykepleiernes rolle, og flere beskriver at sykepleierne gjør veldig mye av det samme som mange andre yrkesgrupper: «Det er en følelse av å være en av mange», som en av informantene sa. Samtidig argumenterer man for at det er noe særegent med sykepleieres kompetanse og blikk.

Når noen informanter, i intervjuene, begynte å snakke om at det kan være vanskelig å sette ord på hva som er sykepleiernes rolle, ble det fort koplet til selvtillit og yrkesstolthet. Et argument for å være bevisst sin egen rolle er at man må vite hva man er god på, altså bevisstgjøre seg egen kompetanse for blant annet å oppnå gode samarbeidsrelasjoner. En av informantene sa for eksempel at «jeg tenker at det handler mye om oss selv. Det å våge å være trygg på seg selv. Våge å si at «Det er min kompetanse», ovenfor andre yrkesgrupper, det tror jeg blir mer og mer viktig.» Andre framholdt at en godt utviklet rolleforståelse handler om å bli klar over hva man kan gjøre innenfor lovverket. Noen informanter var opptatt av at sykepleiere visste godt hva de er gode til, men at man delvis mangler et språk for å uttrykke det:

«Vi burde jo være mye, mye mer på banen! «Vi kan sykepleie» Jeg tenker at all den kunnskapen ligger der, og så har vi vanskelig for å sette ord på det. Det ligger i ryggmargen i forhold til at vi vet hva vi gjør. Og så skal vi fortelle det til noen andre «Ja, men hva gjør du da?» Så blir vi litt ordløse, for vi er ikke vant til å sette ord på det og definere det egentlig, sånn utad.»

Etter litt gjennomtenkning klarte likevel informantene i gruppeintervjuene godt å definere hva som – etter deres mening - var spesifikt for sykepleierrollen. Flere sa at det er å *kartlegge* pasientene:

«Min rolle som sykepleier i poliklinikken er å kartlegge pasienter. Og da blir det kartlegging og så [vurdere] egenomsorgssvikten.»

«Kartlegging i forhold til eldre. Da skal du både ha vanlig forståelse, og så skal du ha geriatri og psykiatri. Så skal du ha peiling på kommunen.»

Hovedoppgaven, slik mange av informantene beskriver det er altså å observere og kartlegge pasienten: «Hvordan fungerer pasienten?» Det ble også trukket fram at «hele mennesket» er sykepleiernes spesialkompetanse. Inkludert i dette ligger at sykepleiere er gode på å forklare hvordan terapier virker,

og særlig har de spesialkompetanse på å følge opp effekter og bivirkninger av medisiner. Videre pekte mange informanter på at det å bygge relasjoner er en svært sentral del av jobben:

«Den jobben vi gjør, det er jo egentlig å bygge relasjoner. Vi har veldig mye fokus på relasjoner og å være tilstede. Lytte. Gi tilbakemeldinger i en hverdag som skal gjøre at de skal kunne bruke det til noe selv. Gi de håp om at de kan komme et annet sted enn der hvor de er nå da.»

Informantene fremhevet at relasjonskompetanse er en sentral del av sykepleierrollen, men at det ikke bare er sykepleiere som er gode på det. Dette er altså en kompetanse som deles med andre yrkesgrupper på feltet.

Både i intervjuene og i spørreundersøkelsen tok mange opp at de opplever at sykepleierrollen har endret seg de seneste årene. Disse opplevelsene av endring er noe motstridende, men de fleste som beskriver endring ser ut til å oppleve at rollen har blitt mer utydelig og udefinert. En respondent kommenterer i spørreundersøkelsen at «den formelle rollen er ganske klar, men rollen som sykepleier i klinisk praksis er svært uklart». En rekke andre som har lang erfaring på feltet påpeker også at sykepleierrollen «har blitt mer utydelig» siden de startet å jobbe for 20-30 år siden. Det blir også pekt på at man trenger en rolleavklaring, og en bevisstgjøring av egen rolle og hvordan den skal forstås i sammenheng med andre roller på arbeidsplassen. På den andre side fortalte andre informanter om den motsatte tendensen, nemlig en tydeligere rolle:

«Jeg jobber innenfor TSB (...) og jeg har vært der siden 2008. Og i den tiden så synes jeg at det har skjedd en utvikling fra at vi på en måte skulle, at vi hadde en litt udefinert rolle, sykepleierne. Og for så vidt var veldig få sykepleiere. Vi har blitt flere sykepleiere. Vi har fått en mer definert rolle, og en mer, altså fra og kanskje være sånn at vi tenker at vi må gjøre det samme som alle gjør, så har vi blitt mer sånn at de forskjellige faggruppene gjør mer av sitt, altså det man har særkompetanse på, på en måte.»

Når det gjelder det konkrete innholdet i sykepleierrollen har en del respondenter kommentert at de sykepleiefaglige oppgavene må vike fordi de også må lage mat, rydde osv.:

«Til tider, spesielt i helgene når vi bare er to på vakt, gjør vi nesten ikke annet enn å være på medisinrommet og på kjøkkenet. Hvorfor skal vi som sykepleiere bruke tida på å dekke av og på til fire måltider hver dag? Andre seksjoner i foretaket har egne stillinger til dette! Vi skal også jevnlig vaske i skuffer og skap på kjøkkenet!?»

Vi vet ikke om slike opplevelser forekommer hyppigere i dag enn tidligere, så det er usikkert om dette er uttrykk for en rolleendring. Uansett er det bekymringsfullt om mange sykepleiere innenfor psykisk helsevern og TSB opplever å gjøre mange oppgaver som faller utenfor sykepleiefaget.

Det er altså et ganske sammensatt bilde av sykepleierrollen som tegnes gjennom utsagnene presentert over. Rollen ser ut til å være i endring, enten den oppleves å gå mot mer utydelig og generell, eller mer definert og spesiell. Det vil selvsagt også være forskjeller mellom de ulike arbeidsstedene om rollen er tydelig eller utydelig avklart. I det videre går vi nærmere inn på oppgaver innenfor avgrensede områder og i hvilken utstrekning sykepleiere jobber med spesifikke oppgaver innenfor disse områdene, samt hvorvidt de vurderer at en bør jobbe mer eller mindre med oppgaven. Ansvarsdeling mellom sykepleiere og andre yrkesgrupper kommer vi tilbake til i kapittel 3.3.

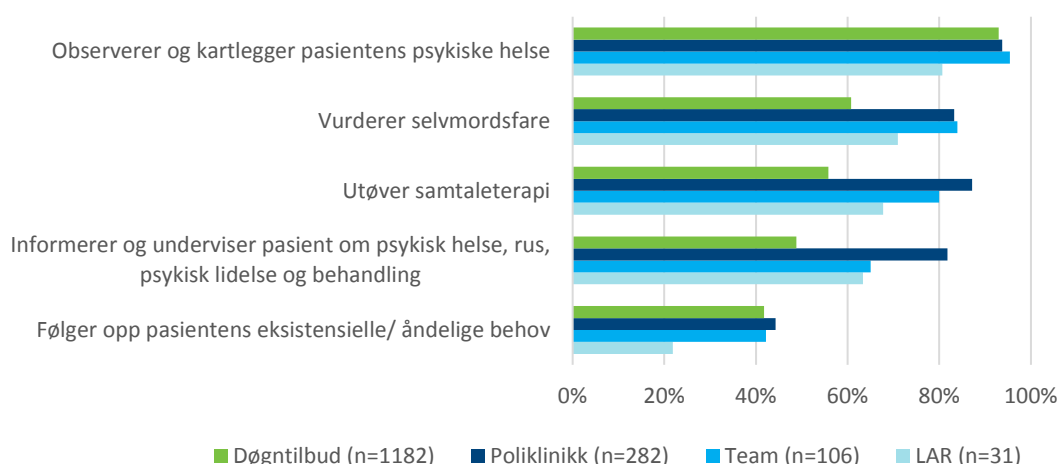
3.2 Sykepleiernes arbeidsoppgaver – og i hvilken grad de dekker pasientenes behov

I spørreundersøkelsen ba vi respondentene ta stilling til en liste med 32 forskjellige arbeidsoppgaver. Vi ba om at de krysset av for om de utførte arbeidsoppgaven svært ofte, ofte, noen ganger eller aldri. I tillegg ba vi om at de krysset av for om de syntes det generelt er behov for mer eller mindre av arbeidsoppgavene for å ivareta brukernes behov, eller om det er passe. For å lette fremstillingen i rapporten har vi delt inn arbeidsoppgavene i kategorier som omfatter to til fem arbeidsoppgaver. Kategoriene blir presentert i følgende rekkefølge:

- Psykisk helse
- Rusarbeid
- Fysisk helse
- Forordning og administrering av medisiner
- Egenmestring
- Sosiale og juridiske behov
- Kontakt med pårørende
- Kartlegging og dokumentasjon
- Samhandling – internt og eksternt
- Veiledning av ansatte

3.2.1 Psykisk helse

Vi starter med å se på arbeidsoppgaver som er direkte knyttet til å ivareta pasientenes psykisk helse. For dette settet med arbeidsoppgaver vil det ikke være overraskende om ansatte i psykisk helsevern gjør oppgavene oftere enn ansatte innenfor rusbehandling, gitt at flere av oppgavene er kjerneoppgaver i psykisk helsevern. Analyser bekrefter at det er signifikante forskjeller på alle spørsmålene, det vil si at alle de fem oppgavene i Figur 13 gjøres oftere av sykepleiere i psykisk helsevern enn sykepleiere i rusbehandling. Det er imidlertid svært små forskjeller hvorvidt man jobber i døgntilbud eller poliklinikk innenfor psykisk helsevern.



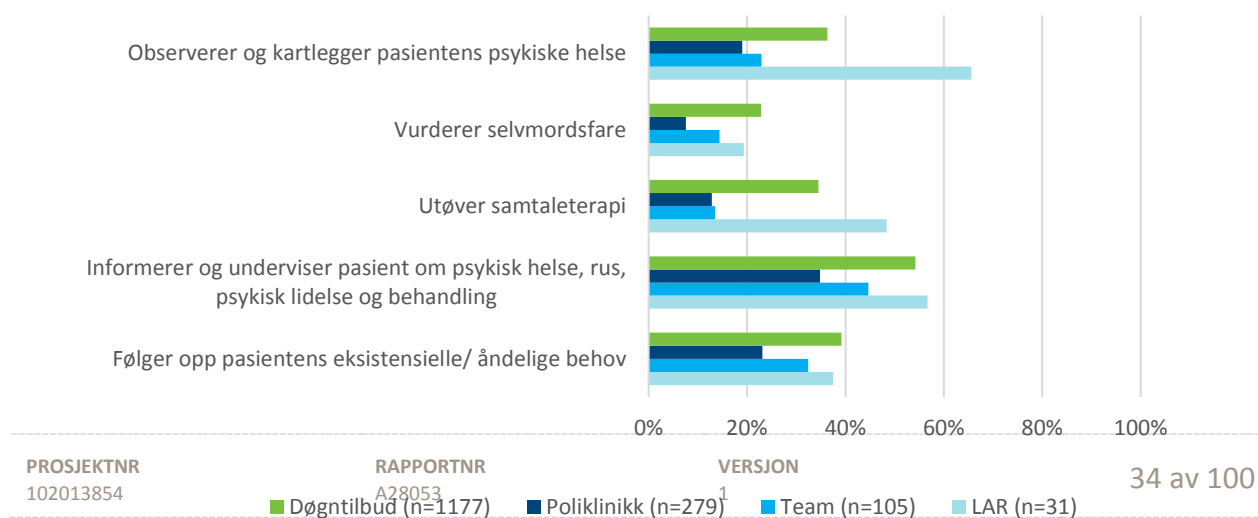
Figur 13 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak knyttet til psykisk helse i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte". (N=1601)

Ser vi nærmere på de enkelte oppgavene, viser figuren at den oppgaven som de fleste av respondentene gjør svært ofte eller ofte er å *observere og kartlegge pasientens psykiske helse*. 93-95 prosent av respondentene i døgntilbud, poliklinikk og team gjør det. For sykepleiere i LAR derimot, er det tilsvarende tallet 81 prosent, hvilket er signifikant mindre enn ansatte i døgntilbud (som er referanse-kategorien). Å *vurdere selvmordsfare* gjøres signifikant oftere av sykepleiere i poliklinikk og i team enn blant sykepleiere som jobber i et døgntilbud. 83-84 prosent av sykepleiere i poliklinikk og i team gjør denne typen vurderinger svært ofte eller ofte. I døgntilbud er det omlag halvparten av respondentene som gjør selvmordsvurderinger.

Figuren viser at *utøvelse av samtaleterapi* har en viss spredning når det gjelder hvor ofte ansatte i de ulike deler av sektoren gjør denne oppgaven. Hyppigst utfører de samtaleterapi i poliklinikk (87 prosent), mens sykepleiere i døgnetenhet gjør det sjeldnest (56 prosent). Det henger sammen med sykepleierens mer selvstendige rolle i poliklinikk, og stemmer godt overens med hva som kom fram i intervjuene. Analyser viser at sammenliknet med døgntilbud, utøver både sykepleiere i poliklinikk og team signifikant mer samtaleterapi. Det å *informere og undervise pasienten om psykisk helse, rus, psykisk lidelse og behandling* gjøres også hyppigst av ansatte i poliklinikk. 82 prosent informerer og underviser pasientene om disse temaene svært ofte eller ofte. I underkant av to tredjedeler av sykepleiere i team og LAR oppgir at de gjør dette. Færrest sykepleiere i døgntilbud informerer og underviser pasientene; omlag 50 prosent. Det er signifikant flere sykepleiere i poliklinikk og team som driver med informasjon og undervisning, sammenliknet med sykepleiere i døgntilbud. Å *følge opp pasientenes eksistensielle/åndelige behov* er en arbeidsoppgave som ikke så mange av respondentene gjør særlig ofte. Ved døgntilbud, i poliklinikk og i team utføres oppgaven svært ofte eller ofte for mellom 42-44 prosent av respondentene. I LAR følger sykepleierne opp pasientenes behov på dette området signifikant mindre sammenliknet med døgntilbud.

Sammenfattet ser vi at det er forholdsvis godt samsvar mellom omfanget av hva sykepleiere i poliklinikk og team gjør når det gjelder arbeidsoppgaver direkte relatert til psykisk helse. Det er likevel sykepleiere i poliklinikk som er den gruppen som aller oftest utfører disse arbeidsoppgavene. Det gir et signal om betydningen av sykepleierne i poliklinikk. Sykepleiere ved døgntilbud og i LAR skiller seg noe ut ved å gjøre oppgavene sjeldnere.

I spørreundersøkelsen ble respondentene også bedt om å angi om de syntes det var behov for å gjøre mer eller mindre av oppgaven, eller om det var passe. I Figur 14 ser vi hva respondentene svarte – igjen fordelt på fire typer arbeidssteder.



Figur 14 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer" (N=1592)

Det de fleste respondentene synes man bør gjøre mer av er å informere og undervise pasienter om psykisk helse, rus, psykisk lidelse og behandling. Det er imidlertid signifikant færre i poliklinikk som synes dette, sammenliknet med sykepleiere i døgntilbud. Det tyder på at sterkere brukermedvirkning er ønsket. En forklaring på at det er færrest i poliklinikk som ønsker å undervise og informere pasienter mer, kan være at ansatte i poliklinikk allerede gjør svært mye av dette (82 prosent svarer at de gjør dette i stor eller svært stor grad).

Ser vi videre på de andre oppgavene nevnt i figuren, ser vi at det særlig blant respondentene i LAR er mange som synes det er behov for å *observere og kartlegge pasientens psykiske helse* mer enn det som gjøres. Men også så mange som 36 prosent i døgntilbud synes det er behov for mer av dette. Dette til tross for at hele 93 prosent av sykepleiere i døgn oppgir at dette gjøres ofte eller svært ofte.

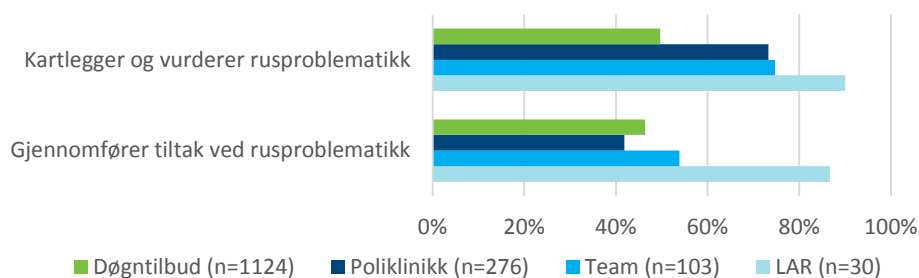
Det er flest respondenter innenfor døgntilbud (en av fire) som mener de bør *vurdere selvmordsfare* oftere. Det er signifikant færre i poliklinikk og team som er av samme oppfatning. Vi har imidlertid sett at sykepleiere i døgntilbud sjeldnere vurderer selvmordsfare enn de andre sykepleierne. Resultatet kan dermed indikere et større behov for å gjøre det.

Det er sykepleiere innenfor døgntilbud og i LAR som synes det er behov for mer *utøvelse av samtalerapi*. De samme gruppene mener det er større behov for *oppfølging av pasientens eksistensielle/åndelige behov*, men på dette området mener også sykepleiere i team at en bør gjøre mer. Sykepleiere i poliklinikk skiller seg signifikant fra referansekategori døgntilbud, ved i signifikant mindre grad mene at det er behov for større innsats på dette området.

For alle arbeidsoppgavene innenfor psykisk helse-kategorien kan vi ane et mønster når vi ser Figur 13 og 14 i sammenheng. Poliklinikk og team gjør allerede disse oppgavene svært ofte/ofte og uttrykker dermed mindre behov for å gjøre mer av dem, mens for døgntilbud og LAR er det motsatt. De gjør oppgavene ikke fullt så ofte, og ser et større behov for å gjøre mer av dem.

3.2.2 Rusarbeid

Ser vi på arbeidsoppgaver som går mer spesifikt på rusarbeid, svarte respondentene på hvor mye tid de bruker på å *kartlegge og vurdere rusproblematikk* og *gjennomføre tiltak ved rusproblematikk*. Som forventet er det en signifikant forskjell på hvor ofte henholdsvis sykepleiere ansatt i psykisk helsevern og de som er ansatt innen rusbehandling bruker på slike oppgaver. Ansatte innenfor rusbehandling svarer i større grad at de gjør disse oppgavene ofte eller svært ofte. Figur 15 viser hvor ofte sykepleiere tilknyttet de ulike enhetene utfører arbeidsoppgaver/tiltak i sitt nåværende arbeid.



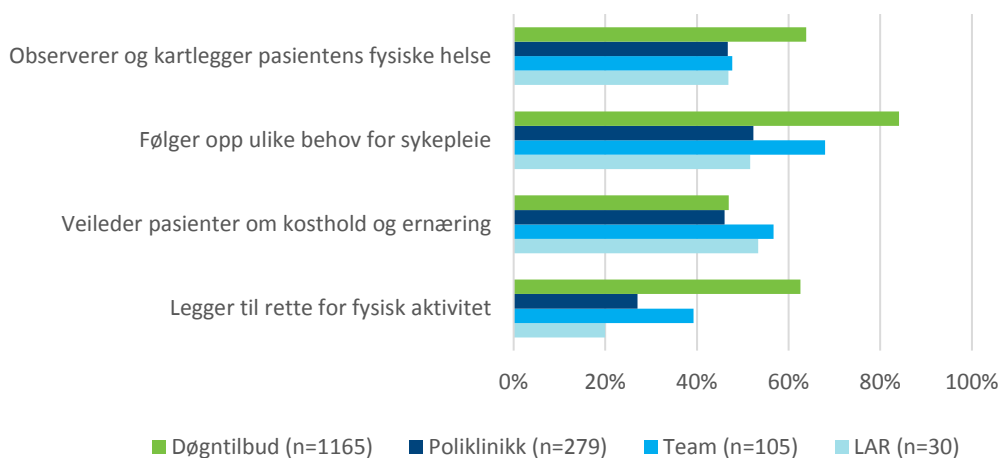
Figur 15 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak innen rusarbeid i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte". (N=1533)

Ikke overraskende er det sykepleiere i LAR (som er eneste sektorspesifikke kategori i disse analysene) som i størst grad gjennomfører kartlegging, vurderer rusproblematikk og gjør tiltak ved rusproblematikk. Som sagt er det forskjeller mellom psykisk helsevern og TSB i de andre kategoriene i disse analysene ved at sykepleiere ved TSB i signifikant større grad gjør disse oppgavene enn sykepleiere i psykisk helsearbeid. For øvrig ser vi at sykepleiere i poliklinikk og team kartlegger og vurderer rusproblematikk i større grad enn sykepleiere i døgntilbud, men at de gjennomfører tiltak i omtrent like stor grad. Dette kan forstås som at det meste av utredningen skjer poliklinisk/i team, men når det er avgjort at pasienten trenger tiltak gis disse innenfor alle enheter.

På spørsmål om det er behov for å gjøre mer eller mindre av arbeidsoppgavene spesifikt knyttet til rusproblematikk eller om det er passe, er svarene svært like på tvers av tre grupper, mens en gruppe skiller seg ut. Omlag 40 prosent av respondentene i døgntilbud, team og LAR mener at man oftere bør *kartlegge og vurdere rusproblematikk*, mens 28 prosent ansatt i poliklinikk mener det samme. Når det gjelder *gjennomføring av tiltak ved rusproblematikk* finner vi det samme mønsteret. 43 prosent av respondentene i henholdsvis døgntilbud, team og LAR mener en bør gjennomføre mer tiltak, mens for respondentene i poliklinikk er det tilsvarende tallet 29 prosent. Dette gjenspeiler trolig at pasienter i poliklinikk jevnt over har mindre rusproblematikk enn pasienter som får behandling i døgntilbud, team eller LAR.

3.2.3 Fysisk helse

Arbeidsoppgaver som omhandler pasientenes fysiske helse ble dekket gjennom fire spørsmål i undersøkelsen. Litt overraskende viste testing av signifikante forskjeller ingen ulikheter mellom sykepleiere i psykisk helsevern og sykepleiere i rusbehandling med hensyn til hvor ofte de utfører denne type tiltak relatert til fysisk helse. Vi ser imidlertid at det er noen (signifikante) forskjeller mellom hvor ofte oppgavene gjøres, ut fra om man er ansatt i døgntilbud, poliklinikk, team eller i LAR. Oppsummert kan vi si at det er ansatte i døgntilbud som i størst grad utfører arbeidsoppgaver for å ivareta pasientens fysiske helse. Figur 16 viser sykepleiernes svar på hvor ofte de utfører arbeidsoppgaver/tiltak knyttet til ivaretagelse av pasientens fysiske helse.



Figur 16 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak vedr. fysisk helse i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte". (N=1579)

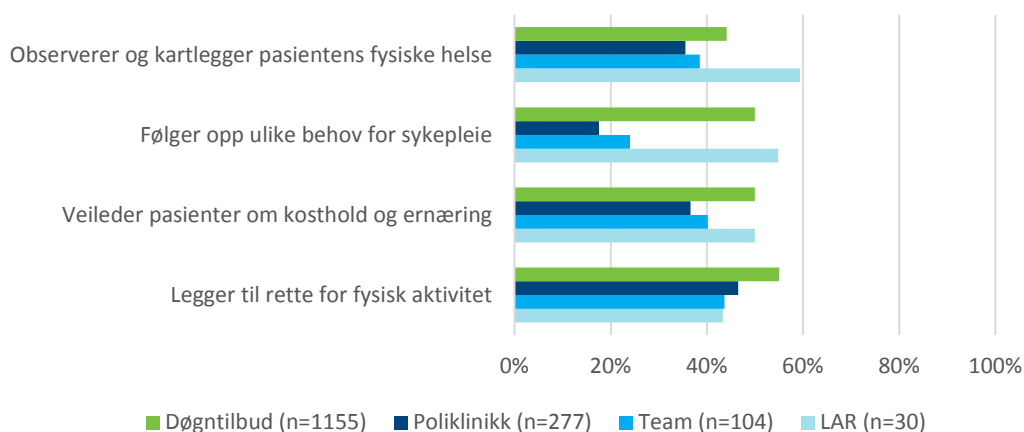
Omlag to tredjedeler av respondentene som er ansatt i døgntilbud oppgir at de *observerer og kartlegger pasientens fysiske helse* svært ofte eller ofte. Analyser av forskjeller mellom gruppene viser at sykepleiere i døgn gjør dette signifikant oftere enn ansatte i poliklinikk og team, hvor i underkant av halvparten oppgir det samme. Også i LAR er det i underkant av halvparten av respondentene som observerer og kartlegger fysiske helse svært ofte eller ofte, men forskjellen er ikke signifikant ettersom LAR-gruppen er så liten.

Når det gjelder å *følge opp ulike behov for sykepleie* finner vi det samme mønsteret. Sykepleiere i døgntilbud gjør dette signifikant oftere enn de andre respondentene. 84 prosent av ansatte i døgntilbud følger opp slike behov svært ofte eller ofte. Ansatte i team skiller seg noe ut, og følger opp behov for sykepleie litt oftere enn ansatte i poliklinikk og i LAR. Det er nærliggende å tenke seg at det å observere og kartlegge pasientenes fysiske helse, samt følge opp behov for sykepleie er lettere for sykepleiere som jobber tett på pasientene, enten gjennom døgnet og/eller dersom pasienten har kontakt over lengre tid.

Når det gjelder å *veilede pasienter om kosthold og ernæring* oppgir mellom 46 og 57 prosent at de gjør dette ofte eller svært ofte. Ansatte i team oppgir i litt større grad enn de andre at de veileder om kosthold og ernæring. Her var det ingen signifikante forskjeller.

Å *legge til rette for fysisk aktivitet* gjøres hyppigst av ansatte i døgntilbud, der 63 prosent av respondentene oppgir at de utfører denne oppgaven svært ofte eller ofte. Dette er signifikant oftere enn de andre respondentene. Ansatte i LAR gjør sjeldnest oppgaven, hvilket må forstås på bakgrunn av at dette ikke er en av kjerneoppgavene i LAR. Vi kan også tenke oss at det er lettere å legge til rette for fysisk aktivitet for ansatte i døgntilbud ettersom det kan settes i gang tiltak i regi av enheten selv mens pasienten er innlagt.

Figur 17 viser hvorvidt respondentene synes man bør gjøre mer av de fire arbeidsoppgavene som omhandler fysisk helse.



Figur 17 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer". (N=1566)

Den kategorien som har størst spredning er «følger opp ulike behov for sykepleie.» Her er det forholdsvis få respondenter i poliklinikk (18 prosent) og team (24 prosent) som mener en bør gjøre mer av oppgaven, og det er signifikant færre enn sykepleiere i døgntilbud, hvor halvparten mener man oftere bør følge opp behov for sykepleie. Ellers kan vi merke oss at respondentene i LAR er den gruppen som

hyppigst mener at man bør gjøre mer av de fleste oppgavene. Det kan tyde på at man i LAR gjør færre oppgaver knyttet til fysisk helse enn de andre respondentene, og ønsker seg større innsats på området. Samtidig er det også slik at ansatte i døgnenhet som gjør oppgavene hyppigere enn for eksempel poliklinikk, er mer tilbøyelig til å si at man bør gjøre mer. Dette er trolig også et uttrykk for de ulike funksjonene disse ulike behandlingseenhetene har.

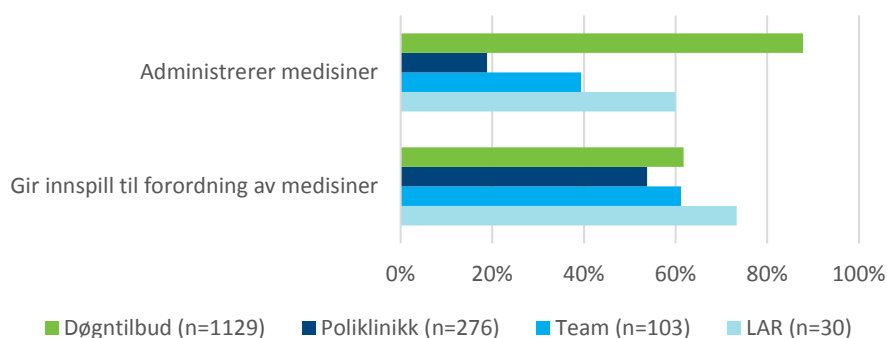
I intervjuene var temaet somatikk/fysisk helse mye tatt opp. I enda sterkere grad enn resultatene fra spørreundersøkelsen viser, var informantene opptatt av at man burde tenke mer på pasientenes fysiske helse enn det blir gjort i dag. Flere snakket også om at sykepleieres spesialkompetanse nettopp er «det somatiske blikket.» I følge informantene er det av flere årsaker viktig å vie mer tid til fysisk helse. For det første er det viktig fordi psykisk og fysisk helse henger sammen og påvirker hverandre. En av informantene uttrykte seg slik:

«Min hovedoppgave er å se det fysiske og psykiske, og hvordan de samvarierer. Hvordan en depresjon virker fysisk inn, og hvordan det fysiske igjen er med på å forsterke depresjonen eller angsten. Nesten alle psykiske lidelser gjør også noe med deg fysisk. Og hvis sykepleierne fjerner seg fra det, så taper vi fort terreng. Ved siden av dette med å observere virkning og bivirkninger av medisiner. Det høres ut som det blir veldig viktig [for viktig], men det har faktisk noe med omsorgen til pasienten å gjøre.»

For det andre er det mange pasienter som er dårlige til å ta vare på seg selv og sin fysiske helse. En av informantene som er ansatt i rusomsorgen argumenterte også for at man burde ha «mye mer somatikk-tenkning.» Hun pekte på at når pasienter er ruset klarer de ikke å beskrive sine fysiske helseproblemer på en god måte, noe som krever at en må «tenke mye mer klinisk, ja mye mer symptom.» Det er følgelig gode grunner til at sykepleiere innenfor psykisk helse- og rusfeltet bruker sitt «somatiske blikk» og ivaretar pasientenes behov på dette området.

3.2.4 Forordning og administrering av medisiner

Forordning og administrering av medisiner er en sentral sykepleieroppgave, og spørreundersøkelsen viser at mange av respondentene bruker mye tid på dette. Det er ingen signifikant forskjell mellom hvor mye tid sykepleiere i psykisk helsevern bruker på disse oppgavene sammenliknet med ansatte i rusomsorgen. I Figur 18 ser vi hvor ofte respondentene administrerer medisiner, samt gir innspill til forordning av medisiner.



Figur 18 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak når det gjelder medisiner i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte" (N=1538)

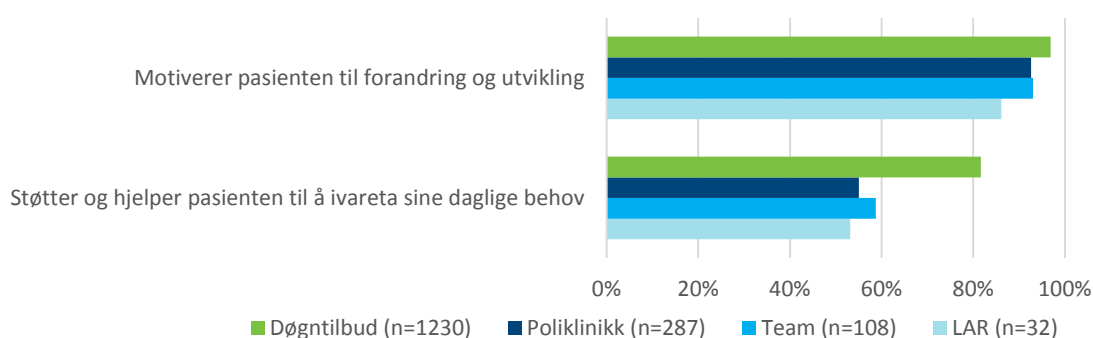
Når det gjelder *administrering av medisiner* gjøres dette signifikant oftere av sykepleiere i døgntilbud enn blant de andre respondentene, og i minst grad i poliklinikk. 88 prosent av sykepleierne i døgntilbud gjør oppgaven svært ofte eller ofte. For de andre ansattgruppene varierer det mellom 19 prosent i poliklinikk, 39 prosent i team og 60 prosent i LAR. Forskjellene er som forventet.

Når det gjelder å *gi innspill til forordning av medisiner* er det langt mindre variasjon blant respondentene, og en ganske stor andel som gir innspill (mellom 54 og 73 prosent). Nå sier ikke undersøkelsen noe om innspillene blir tatt hensyn til, men vi kan i alle fall slutte oss til at sykepleiere har mye kunnskap om pasientene og bruker denne til å gi innspill om hva slags medisiner pasienten trenger.

På spørsmålet om det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene (administrere eller gi innspill til forordning) for å ivareta pasientenes behov, er det svært få som mener det er behov for *mer* (under seks prosent). De langt fleste respondentene mener man bruker *passe* med innsats på å administrere medisiner, og det er uavhengig av hvor man jobber. Det er også svært få som mener at man skal gjøre mindre av oppgaven. Å gi innspill til forordning av medisiner er det noen flere som mener at man bør gjøre mer av. Flest er det blant respondentene i døgntilbud. Her mener en fjerdedel at dette er en oppgave man bør gjøre mer av for å ivareta pasientenes behov.

3.2.5 Bistå til økt mestring

Vi stilte respondentene to spørsmål som til sammen sier oss noe om i hvilken grad sykepleiere jobber med å hjelpe pasientene til større grad av egenmestring av sykdommen. Det er visse forskjeller mellom respondentene avhengig av hvor de er ansatt. Det er signifikant flere sykepleiere som jobber i poliklinikk i psykisk helsevern som svært ofte/ofte motiverer pasienten til forandring og utvikling enn ansatte i TSB. For det andre spørsmålet, å støtte og hjelpe pasienten til å ivareta sine daglige behov, er det signifikant flere sykepleiere i døgntilbud i psykisk helsevern som gjør dette enn blant sykepleiere i TSB.

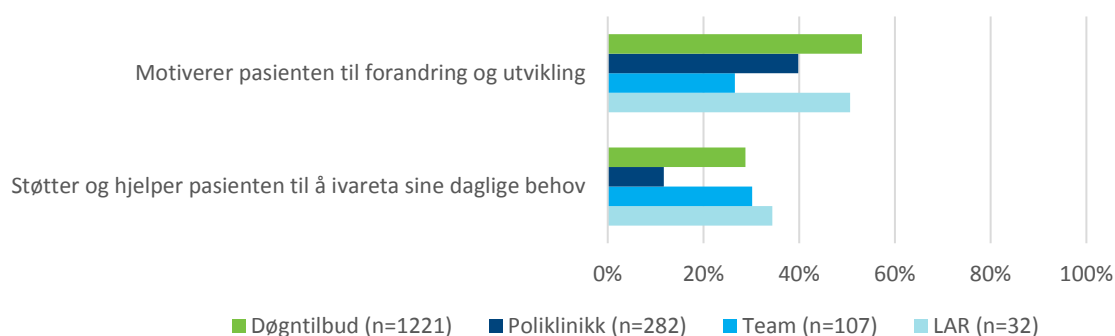


Figur 19 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak rettet mot pasientenes egenmestring i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte". Prosent (N=1652)

Figur 19 viser at å *motivere pasienten til forandring og utvikling* er en oppgave som sykepleiere på tvers av feltet generelt gjør svært ofte eller ofte. Nesten 100 prosent av sykepleierne i døgntilbud svarer at de gjør dette ofte eller svært ofte mens bare litt færre, 93 prosent av sykepleierne i poliklinikk og 86 prosent av sykepleierne i LAR, oppgir at de gjør dette ofte eller svært ofte.

Når det gjelder å støtte og hjelpe pasienten med hans/hennes daglige behov, er dette en oppgave som sykepleiere i døgntilbud gjør signifikant oftere enn sykepleiere ved de andre typene arbeidssted. Det er ikke overraskende at sykepleiere som har jevnlig kontakt med pasienten gjennom døgnet har dette som en sentral arbeidsoppgave. Omlag åtte av ti sykepleiere i døgnavdeling støtter og hjelper pasienten med daglige behov svært ofte eller ofte. Tilsvarende gjør mellom 53 og 59 prosent av de andre respondentene denne oppgaven ofte.

Figur 20 viser om respondentene synes det er behov for å gjøre mer av arbeidsoppgavene.



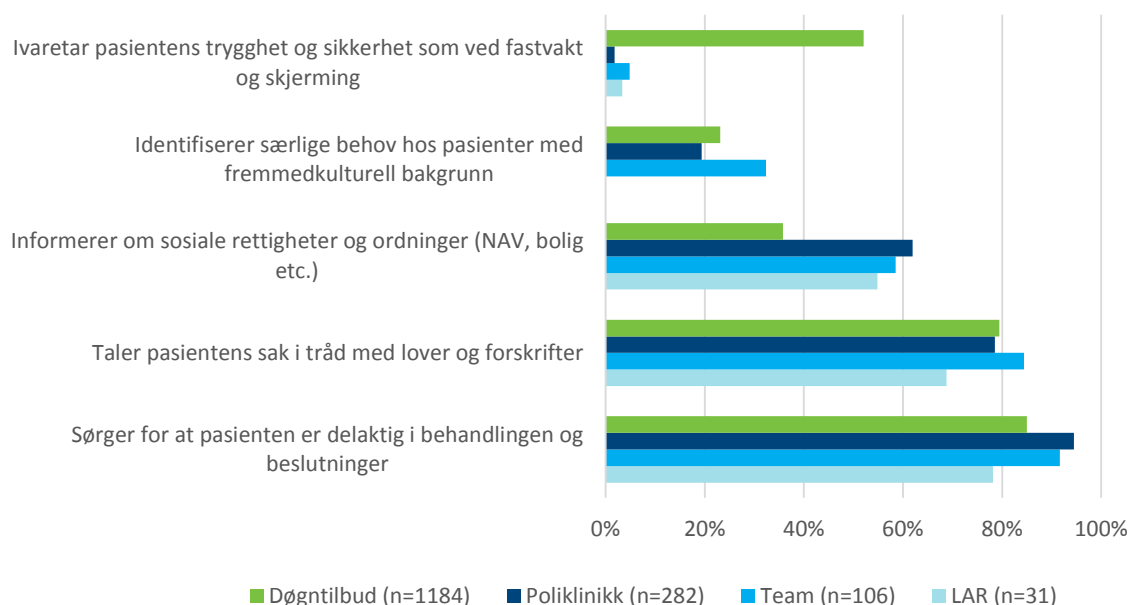
Figur 20 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer" (N=1642)

Når det gjelder *motivasjon til forandring og utvikling*, noe som det gjøres svært mye av i alle enhetene, ser vi at drøye halvparten av sykepleiere innenfor døgntilbud og LAR mener det er behov for å gjøre (enda) mer av dette. Det er signifikant færre respondenter i poliklinikk (40 prosent) og team (27 prosent) som mener de bør gjøre mer av dette.

Omlag 30 prosent av sykepleiere innenfor døgntilbud, team og LAR mener at en oftere bør støtte og hjelpe pasienten med *ivaretagelse av daglige behov*. Signifikant færre blant ansatte i poliklinikk mener de skal gjøre mer av denne typen arbeid. Dette er en interessant forskjell som trolig reflekterer ulike funksjoner og roller som døgneheter versus poliklinikk har.

3.2.6 Ivareta sosiale behov, juridiske problemstillinger og brukervedvirkning

Arbeidsoppgaver som omfatter ivaretagelse av pasientenes sosiale behov og deres juridiske rettigheter er samlet i Figur 21 på neste side. Analyser viser at det er noen forskjeller i hvor ofte henholdsvis sykepleiere i psykisk helsevern og rusbehandling gjør oppgavene. *Ivaretagelse av pasientens trygghet og sikkerhet gjennom fastvakt og skjerming* gjøres signifikant oftere av sykepleiere i psykisk helsevern enn sykepleiere i TSB. Vi finner imidlertid ingen forskjeller mellom de to sektorene når det gjelder *identifisering av særlige behov hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn* eller det å *tale pasientens sak*.



Figur 21 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak når det gjelder pasientenes sosiale og juridiske behov i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte" (N=1603)

I tillegg til at det er forskjeller mellom psykisk helsevern og rusbehandling når det gjelder å *ivareta pasientens trygghet gjennom fastvakt og skjerming*, er dette naturlig nok også avgrenset til døgnetenheten. Figuren viser at drøyt halvparten av sykepleierne i døgntilbud gjør dette svært ofte eller ofte. At bruk av fastvakt og skjerming skjer såpass ofte, sier oss at disse virkemidlene er sentrale i arbeidet på døgnetenheter.

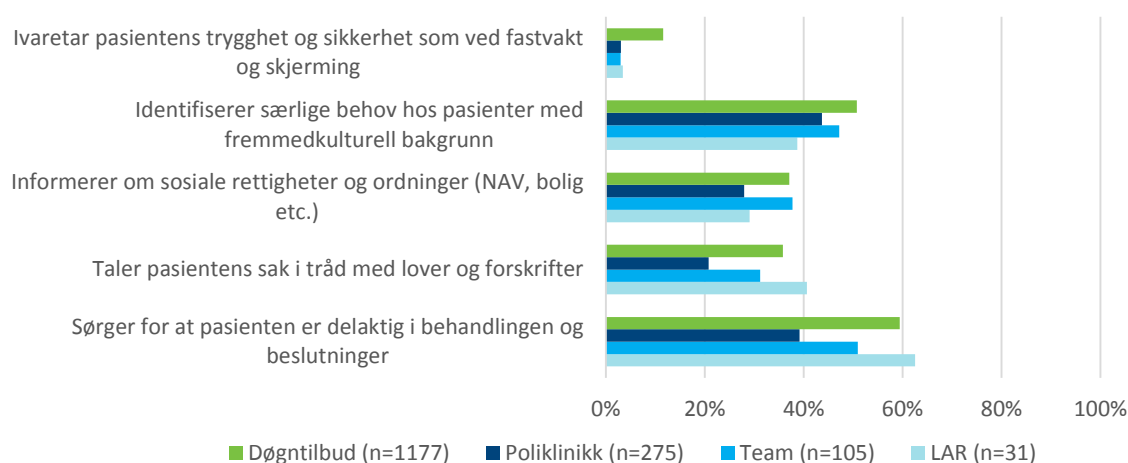
Når det gjelder å *identifisere særlige behov hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn*, er dette en oppgave som ingen av respondentene i LAR gjør svært ofte eller ofte. Det kan skyldes at det er få brukere med fremmedkulturell bakgrunn som får tjenester av LAR, eller det kan skyldes at problemstillingen er mindre relevant der. Blant de andre respondentene er dette en oppgave som omlag en fjerdedel av de ansatte i døgntilbud eller poliklinikk gjør ofte/svært ofte, mens det samme gjelder omlag en tredjedel som er ansatt i team.

Å *gi informasjon om sosiale rettigheter og ordninger* er noe som gjøres signifikant oftere blant sykepleiere i poliklinikk, team og LAR enn blant sykepleiere i døgntilbud. 36 prosent i sistnevnte gruppe informerer om sosiale rettigheter ofte eller svært ofte, mens for de andre respondentene ligger tallet på mellom 55 og 62 prosent. Igjen ser vi at de arbeidsoppgavene som utføres i døgntilbud skiller seg noe ut fra de andre arbeidsstedene. En forklaring på at slik informasjon i mindre grad gjøres i døgnetenhet kan reflektere forskjeller når det gjelder sykkelighet – at pasienter som er innlagt jevnt over er sykere, og i den tiden der de er innlagt har et relativt mindre behov for denne type oppfølging. På den andre siden kan denne type informasjon være en aktuell forberedelse til utskriving, som det kan være aktuelt å øke frekvensen på mens pasienter er innlagt.

Tale pasientens sak i tråd med lover og forskrifter er en oppgave som omlag 80 prosent av respondentene gjør ofte eller svært ofte, med unntak av de som jobber i LAR som gjør dette signifikant sjeldnere enn sykepleiere i døgnerhet (men likevel relativt hyppig).

Mellom 78 og 94 prosent av sykepleierne oppgir at de svært ofte eller ofte *sørger for at pasienten er delaktig i behandlingen og beslutninger*. Sykepleiere i poliklinikk og team gjør dette signifikant oftere enn sykepleiere i døgntilbud. Igjen kan forskjellen reflektere pasientgrunnlaget. Det kan være mer utfordrende å ivareta brukermedvirkning når det gjelder svært syke pasienter på døgnerheter, inkludert akuttposter, enn pasienter som har oppfølging poliklinisk eller av team. Samtidig er det av stor betydning at man stadig utvikler nye metoder og tiltak for å få til brukermedvirkning også der det av ulike årsaker er vanskelig.

Videre skal vi se på i hvilken grad respondentene mener man bør gjøre mer av disse arbeidsoppgavene knyttet til sosiale behov, juridiske problemstillinger og brukermedvirkning.



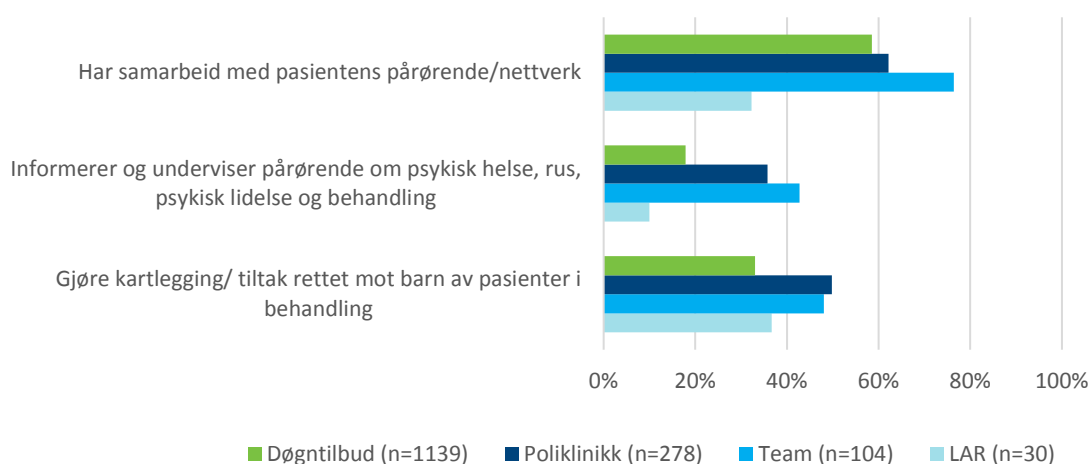
Figur 22 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer" (N=1588)

I Figur 22 ser vi at færrest respondenter mener det er behov for mer å *ivareta trygghet og sikkerhet*, eksempelvis skjerming og fastvakt. Dette er relativt uaktuelt andre steder enn ved døgnerhet, som forøvrig ser ut til å ha funnet riktig nivå/mengde på denne type tiltak.

Når det gjelder de andre arbeidsoppgavene ser vi at det varierer en del mellom de ulike enhetene når det gjelder vurdering av behov. Et gjennomgående trekk er dog at sykepleiere i poliklinikk skiller seg signifikant ut ved at sykepleierne i mindre grad uttrykker behov for å øke omfanget på de ulike tiltakene. Dette kan henge sammen med at sykepleiere i poliklinikk allerede gjør mye, og på informasjon og brukermedvirkning aller mest. Ellers merker vi oss at sykepleiere i døgntilbud og i LAR er de som i størst grad mener at en bør bruke mer tid på å sørge for at pasienten er delaktig i behandlingen og beslutninger. Dette er interessant og lovende sett i sammenheng med at disse to gruppene i minst grad sørger for dette i dag (jf. Figur 21) ettersom det tyder på at man ser behovet for å styrke brukermedvirkning i disse enhetene.

3.2.7 Kontakt og samarbeid med pasientens pårørende/nettverk

Godt samarbeid med pasientens pårørende og nettverk kan ha betydning for hvor god helsehjelp pasienten får, inkludert i hvilken grad relasjoner til nettverket blir styrket/ivaretatt. Gjennom de tre spørsmålene presentert i Figur 23 under, har vi undersøkt hvor ofte sykepleiere gjør oppgaver knyttet til pårørende. Analyser viste signifikante forskjeller på hvor ofte man utfører oppgavene, basert på om man er ansatt i psykisk helsevern eller i TSB, men her er det også forskjeller innad i de to sektorene, basert på om man jobber i døgn eller andre enheter. Sykepleiere i psykisk helsevern, døgn, oppgir signifikant hyppigere samarbeid med pasientens pårørende/nettverk enn sykepleiere i døgnettenhet, TSB. Det samme finner vi når det gjelder å informere og undervise pårørende om psykisk helse, rus, psykisk lidelse og behandling. Sykepleiere innenfor TSB, poliklinikk, jobber derimot vesentlig mer med kartlegging/tiltak rettet mot barn av pasienter i behandling, enn poliklinikker i psykisk helsevern (ingen forskjell mellom døgn i de to sektorene). Sammenlikner vi spørsmålene fordelt på de fire typene arbeidsplass, finner vi oppsummert et mønster i resultatene som viser at sykepleiere i poliklinikk og team generelt sett gjør mer av denne typen arbeidsoppgaver.



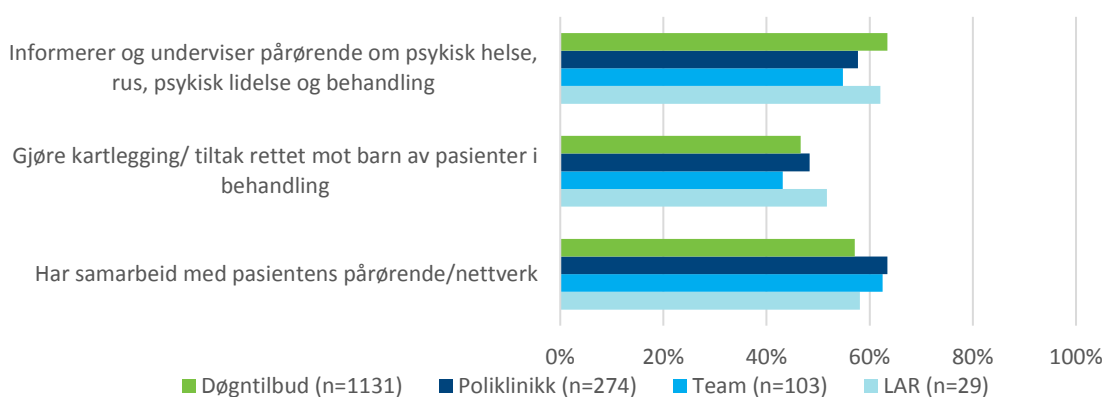
Figur 23 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak når det gjelder pårørendekontakt i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte" (N=1551)

Å *samarbeide med pasientens pårørende/nettverk* gjøres svært ofte eller ofte av tre fjerdedeler (76 prosent) av sykepleiere i team. Blant sykepleiere i døgntilbud og poliklinikk er det henholdsvis 58 og 62 prosent som gjør det så ofte. Det er signifikant flere av de ansatte i poliklinikk som samarbeider med pasientens nettverk enn sykepleiere i døgntilbud. I LAR er ikke samarbeid med pårørende en oppgave som gjøres så ofte. Kun omlag tre av ti respondenter har et slikt samarbeid svært ofte eller ofte.

Sykepleiere som oppgir å *informere og undervise pårørende* om psykisk helse, rus, psykisk lidelse og behandling, varierer mellom 10 og 43 prosent. Igjen er dette en aktivitet som sykepleiere i poliklinikker og team gjør signifikant oftere enn sykepleiere i døgntilbud, hvor 18 prosent gjør det svært ofte eller ofte. Kun ti prosent i LAR gjør det svært ofte eller ofte. Man bør likevel merke seg at i TSB informerer og underviser sykepleierne pårørende oftere enn sykepleiere i psykisk helsevern. Dette viser at LAR skiller seg noe ut fra TSB når det gjelder tiltak.

Når det gjelder å *gjøre kartlegginger/tiltak rettet mot barn av pasienter i behandling*, er det igjen flest respondenter i poliklinikk og team som gjør denne oppgaven svært ofte eller ofte. Det er signifikant oftere enn sykepleiere i døgntilbud. Rundt halvparten av dem kartlegger og gjør denne typen tiltak svært ofte/ofte. De tilsvarende tallene for sykepleiere i døgntilbud er 33 prosent, og for LAR 37 prosent.

Pårørendearbeid er et svært viktig arbeid. Når det gjelder tiltak rettet mot barn av psykisk syke som er i behandling i spesialisthelsetjenesten er det lovpålagt å følge opp disse. Figur 24 viser i hvor stor grad sykepleierne mente at oppgavene knyttet til pårørendearbeid var noe man burde gjøre mer av.

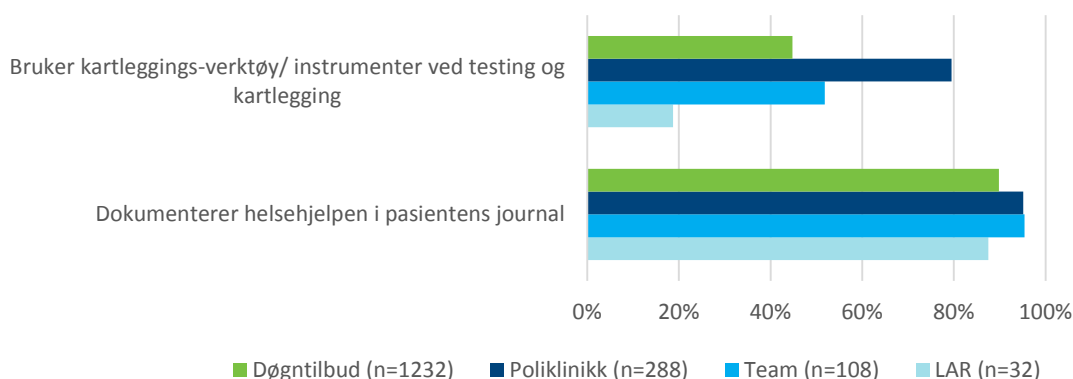


Figur 24 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer" (N=1537)

På spørsmålet om dette er arbeidsoppgaver en bør gjøre mer av, finner vi ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Pluss/minus halvparten av alle respondentene på de tre spørsmålene mener at de bør gjøre *mer* av oppgaven (mens ingen mente man burde gjøre mindre).

3.2.8 Kartlegging og dokumentasjon

Vi stilte også spørsmål om hvor ofte respondentene brukte kartleggingsverktøy/instrumenter når de tester og kartlegger pasientene, samt hvor ofte de dokumenterer helsehjelpen pasienten har fått. Det er visse forskjeller mellom respondentene i psykisk helsevern og i TSB. Kartleggingsverktøy/ instrumenter brukes signifikant oftere av sykepleiere i TSB, døgnettenhet, enn sykepleiere innenfor døgntilbud i psykisk helsevern (ingen forskjeller mellom poliklinikker i de to sektorene). Den motsatte tendensen finner vi for det andre spørsmålet om dokumentasjon av helsehjelp i pasientens journal. Her finner vi at sykepleiere i poliklinikk innenfor psykisk helsevern signifikant oftere dokumenterer i journalen enn sykepleiere i TSB, poliklinikk. I Figur 25 har vi sammenstilt hva respondentene ved de fire typene arbeidsplass har svart.

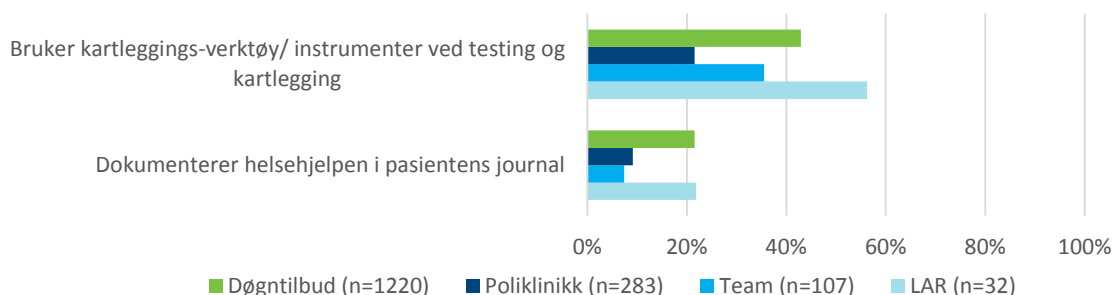


Figur 25 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak når det gjelder kartlegging og dokumentasjon i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte" (N=1660)

Sammenlikner vi de fire gruppene, ser vi at det er en viss forskjell i omfanget av *bruken av kartleggingsverktøy/instrumenter*. Sykepleiere i poliklinikk er den gruppen som oftest bruker slike verktøy ved testing og kartlegging, så mye som 80 prosent oppgir svært ofte/ofte. Noe under halvparten av sykepleiere på døgnettenhet oppgir dette, mens det samme gjelder litt over halvparten av sykepleiere i team. Omfanget må forstås på bakgrunn av arbeidsplass og oppgaver. I en poliklinikk vil en større del av arbeidet bestå av utredning og vurdering av pasienter, og kartleggingsverktøy vil derfor ha en mer sentral plass.

Når det gjelder å *dokumentere helsehjelp i pasientens journal* er dette en lovpålagt oppgave (jf. Helsepersonelloven § 39), og gjøres i omtrent like stor grad i de ulike gruppene. Mellom 88 og 95 prosent oppgir at de gjør denne oppgaven svært ofte/ofte.

Figur 26 viser om respondentene synes dette er oppgaver de bør gjøre mer av for å ivareta brukernes behov.



Figur 26 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer" (N=1642)

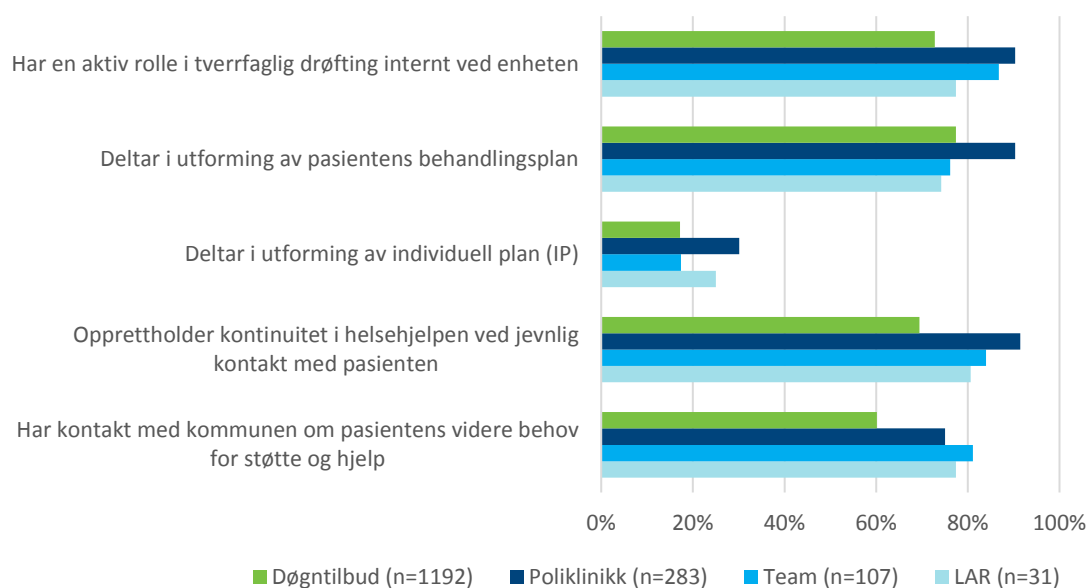
Relativt få oppgir at det er behov for mer *dokumentasjon av helsehjelp i journalen* enn det som gjøres. Dette henger sammen med at denne lovpålagte oppgaven allerede utføres såpass ofte. Mer interessant er det å se på *bruken av kartleggingsverktøy/instrumenter*. I intervjuene var bruken av slike verktøy et tema som sykepleierne blant annet knyttet til det å få hevet sykepleierens status på feltet. Noen

informanter relaterte det til å kunne synliggjøre hva sykepleiere faktisk gjør, som uttrykt her: «Generelt må sykepleiere bli tydeligere på sitt ansvarsområde. Vi må ha gode kartleggingsverktøy som kan dokumentere hva vi gjør.» En annen motivasjon for i større grad å ta i bruk kartleggingsverktøy er naturligvis at det kan skape større systematikk i utredning og testing av pasienter.

Figuren over viser at sykepleiere i LAR og døgntilbud hyppigst har svart at en bør gjøre «mer» av kartlegging; 56 prosent innenfor LAR og 43 prosent innenfor døgntilbud mener dette, og forskjellen er signifikant mellom sykepleiere i døgntilbud når det gjelder både poliklinikk og team. Vi kan forstå dette i lys av at sykepleiere i poliklinikk og team allerede bruker kartleggingsverktøy ganske hyppig, og at dette forklarer at de har mindre behov for å øke bruken.

3.2.9 Samhandling – internt, eksternt og med bruker

Samhandling, både internt i egen organisasjon og eksternt er et omfattende ansvarsområde som favner mye. I spørreundersøkelsen listet vi opp fem arbeidsoppgaver som dekker noen forskjellige elementer av temaet. Temaet ble også mye drøftet i intervjuene, og vi vil flere ganger streife innom temaet i rapporten. Testing av forskjeller mellom psykisk helsevern og TSB når det gjelder spørsmål om samhandling og koordinering viste ingen signifikante forskjeller.



Figur 27 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak når det gjelder samhandling i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte" (N=1613)

Om vi tar for oss oppgave for oppgave, fra toppen av figuren, ser vi at svært mange av respondentene oppgir at de svært ofte/ofte har en aktiv rolle i tverrfaglig drøfting internt ved enheten. Rundt 90 prosent har en aktiv rolle blant respondentene i poliklinikk og team, mens det er noe færre i LAR. Blant sykepleiere i døgntilbud oppgir 73 prosent at de svært ofte/ofte har en slik aktiv rolle, og dette er signifikant færre enn sykepleiere i poliklinikk og team. Det er altså høy aktivitet hos alle på dette området. Funnet er som forventet i team, men funnet støtter inntrykket av at sykepleiere i poliklinikker har en aktiv rolle i samarbeid med andre profesjoner, mens døgntilbud kan være mer «tradisjonelt»

organisert i den forstand at det foregår mindre tverrfaglig aktivitet, og sykepleierne får en noe mindre rolle når det gjelder faglige diskusjoner.

Den neste oppgaven «*deltar i utforming av pasientens behandlingsplan*» har noe av den samme fordelingen som forrige oppgave. Dette er også en oppgave som alle respondentene generelt ofte gjør. Sykepleiere i poliklinikk deltar signifikant hyppigere i utforming av behandlingsplan enn sykepleiere i døgntilbud, og 90 prosent deltar svært ofte/ofte. Rundt to tredjedeler av ansatte innenfor døgntilbud, team og LAR deltar svært ofte/ofte i utforming av pasientens behandlingsplan. Dette viser at sykepleierne har en sentral rolle i utforming av pasientens behandlingsplan.

Den oppgaven færrest av respondentene gjør svært ofte/ofte er *deltakelse i utforming av Individuell plan*. Andre kartlegginger viser også at arbeid med Individuell plan gjøres i mye mindre grad enn man kunne forventet sett i forhold til at dette er en rettighet hos pasienter som trenger langvarig oppfølging av flere tjenester (se for eksempel Ose, Ådnanes & Pettersen, 2004). Dermed speiler også sykepleiernes innsats på området en generell tendens. Sykepleiere i poliklinikk er den gruppen som signifikant hyppigst deltar i å utarbeide Individuell plan. 30 prosent av de poliklinikkansatte deltar i utforming av Individuell plan svært ofte/ofte. I de andre gruppene gjøres oppgaven svært ofte/ofte blant henholdsvis 17 prosent i døgntilbud og team og blant 25 prosent av sykepleiere i LAR.

Når det gjelder å *opprettholde kontinuitet i helsehjelpen ved jevnlig kontakt med pasienten*, ligger den oppgaven litt utenfor det vi tradisjonelt tenker på med samhandling. Det er likevel et viktig aspekt å ta med siden vi vet at det å skape et tjenestetilbud som pasienten opplever som godt sammenhengende er utfordrende. Mange sykepleiere snakket om temaet i intervjuene, og pekte på at de ofte blir «kontinuitetsbærere» i relasjonen mellom pasienten og helsetjenesten. Funnene illustrert i Figur 27 viser at sykepleierne i svært stor grad oppgir at de opprettholder kontinuitet ved jevnlig kontakt. Sykepleiere ved døgntilbud skiller seg ut ved at de i signifikant mindre grad enn sykepleiere i poliklinikk og team oppgir at de gjør dette. 69 prosent av sykepleiere i døgntilbud gjør oppgaven svært ofte/ofte mot 91 prosent i poliklinikk, 84 prosent i team og 81 prosent i LAR.

Sykepleiernes *kontakt med kommunen om pasientenes videre behov for støtte og hjelp* har også det samme mønsteret som de fleste andre arbeidsoppgavene som omhandler samhandling. En høy andel oppgir kontakt med kommunen, og sykepleiere ansatt i team og sykepleiere i poliklinikk oppgir hyppigst kontakt (81 og 75 prosent). Dette er signifikant hyppigere enn respondentene i døgntilbud der 60 prosent ofte/svært ofte har kontakt med kommunen. Det er som forventet at kontakt med kommunen er en sentral oppgave for sykepleiere i team. At vesentlig færre sykepleiere i døgntilbud ofte tar slik kontakt kan skyldes at døgntilbudet varierer mer enn det polikliniske tilbudet i ulike typer avdelinger, men også at det i noen tilfeller gjerne er poliklinikken som følger opp pasienten etter en innleggelse, og at det på dette tidspunktet er mer aktuelt å ha kontakt med kommunen.

Før vi går over til å se på om sykepleierne synes de skal gjøre mer av disse oppgavene knyttet til samhandling, tar vi med noen erfaringer knyttet til samhandling og koordinering av tjenester fra intervjuene. Hovedinntrykket fra intervjuene er at informantene opplever å spille en stor rolle når det gjelder å skape sammenheng i tjenestene. Kanskje er det særlig DPS-ene som er viktige som bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen som uttrykt av denne informanten:

«Vi samarbeider med alle andre som er i kontakt med pasienten, oftest om den videre stabiliseringen. Vi må samarbeide med kommunen, NAV, psyk-team, fastleger, pårørende, av og til barnevern og andre, prest. Nå har vi jo prest på sykehuset, men ... Egentlig alle, det er vi som er en sentral bit der,

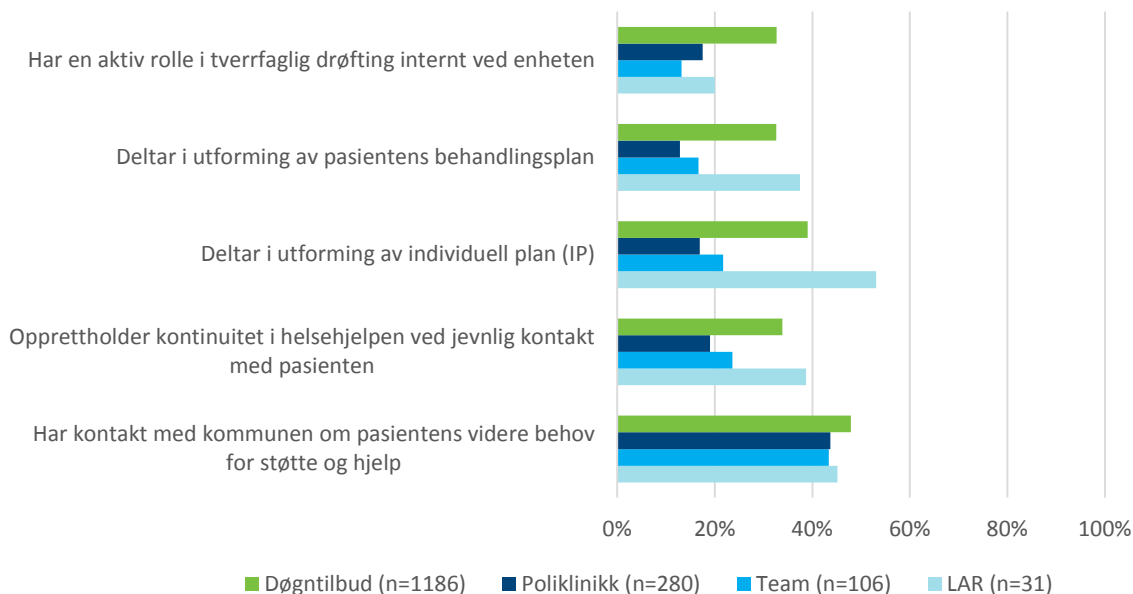
som koordinerer, kaller inn til samarbeidsmøter, sørger for at pårørende får den oppfølgingen de skal ha. Barnesamtaler, hvis det er bekymringer som vi sender videre til barnevernet. Så vi har en sentral rolle på et DPS. Vi er litt bindeleddet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi bygger opp tilbud i kommunen for pasienten, sammen med bestillerkontoret og psyk-team.»

En annen informant fremhever sykepleiernes kompetanse til å koordinere, og viser til at dette er noe man lærer fra tidlig i sykepleiestudiet:

«Å være koordinator i samarbeid, det tror jeg kanskje man lærer fra man er førsteårsstudent. Det der med at du må ringe dit, og finne ut av det. Altså, du må tørre å snakke med folk, og få ting til å fungere sammen. Så akkurat der tenker jeg at vi som sykepleiere kan den rollen godt (...) Der er vi gode!»

For å sammenfatte arbeidsoppgavene som gjelder samhandling, finner vi at sykepleiere i døgntilbud er den gruppen som i minst grad oppgir slike tiltak, mens sykepleiere i poliklinikk gjør oppgavene oftest – og signifikant hyppigere enn sykepleiere i døgnettenhet.

Respondenter i døgntilbud er den gruppen som i størst grad mener at de bør gjøre mer av oppgavene knyttet til samhandling, mens sykepleiere i poliklinikk er den gruppen som har minst behov for å gjøre mer av samhandlingsoppgavene. Figur 28 illustrerer andeler sykepleiere i de ulike enhetene som svarte at det var behov for mer.



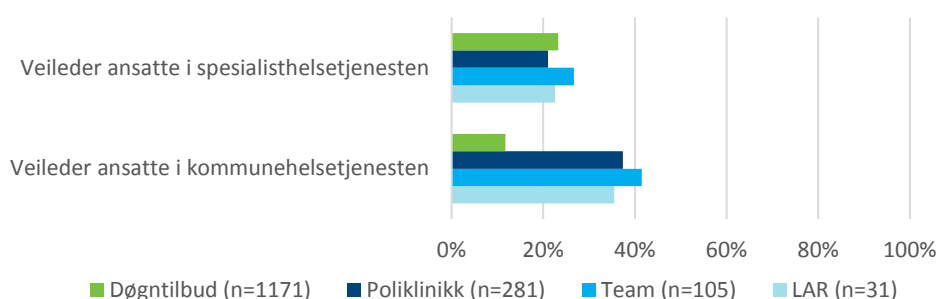
Figur 28 For å ivareta brukernes behov, synes du generelt at det er behov for mer eller mindre av disse arbeidsoppgavene eller er det passe? Prosentandel som svarte "mer" (N=1603)

For de fleste oppgavene ser vi at særlig sykepleiere i døgntilbud ønsker å gjøre mer for å ivareta brukernes behov. Dette stemmer godt overens med resultatet vist i Figur 27 – at sykepleiere i døgntilbud i mindre grad enn de øvrige enhetene oppgir at de gjør disse oppgavene. For *kontakt med kommunen* er det jevnt over ca. 45 prosent av alle respondentene som mener at de bør ha mer kontakt. Det er likevel en signifikant forskjell mellom sykepleiere i døgntilbud og sykepleiere i poliklinikk og team, hvor sykepleiere i døgnettenhet i større grad mener det er behov for mer flere av oppgavene enn de øvrige gruppene.

Dette ser vi i sammenheng med at sykepleiere i døgntilbud oppgir sjeldnere kontakt med kommunen enn de andre gruppene. Når det gjelder deltakelse i utforming av Individuell plan ser vi derimot at det er lite samsvar mellom hvor mye sykepleierne deltar og i hvilken grad de angir at det er behov for å gjøre mer. Det er relativt få som angir behov for mer av arbeid med IP til tross for svært lav aktivitet på dette området (Figur 27).

3.2.10 Veiledning av andre ansatte

Det siste settet med arbeidsoppgaver vi skal se på handler om veiledning. Spørsmålet var hvor ofte respondentene veileder ansatte i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Det er ingen signifikante forskjeller om de er ansatt i psykisk helsevern eller i TSB. Figur 29 viser for det første at dette ikke er oppgaver som gjøres veldig ofte.



Figur 29 Hvor ofte utfører du følgende arbeidsoppgaver/tiltak når det gjelder veiledning i ditt nåværende arbeid? Prosentandel som svarte "svært ofte" eller "ofte" (N=1588)

Det er ingen signifikant forskjell blant respondentene i henholdsvis døgn, poliklinikk, team eller LAR når det gjelder å veilede andre ansatte i spesialisthelsetjenesten. Mellom 21 og 27 prosent oppgir at de gjør dette svært ofte/ofte. Derimot er det signifikant forskjell mellom sykepleiere i døgntilbud og de andre gruppene når det gjelder å veilede ansatte i kommunehelsetjenesten. Det er kun tolv prosent av sykepleiere i døgn som gir veiledning til kommunehelsetjenesten svært ofte/ofte, mens mellom 35 og 42 prosent av de andre respondenten gjør det.

På spørsmål om dette er oppgaver de bør gjøre mer av, er det kun små forskjeller mellom gruppene. Det er i størst grad sykepleiere i LAR (35 prosent) og i døgntilbud (29 prosent) som etterlyser mer veiledning av ansatte i spesialisthelsetjenesten. Vurdering av behovet for mer veiledning av ansatte i kommunehelsetjenesten er mer jevnt fordelt, men det er sykepleiere i døgntilbud som rapporterer størst behov (49 prosent). Blant de andre gruppene mener 37-44 prosent at det er behov for å gjøre mer av det.

3.2.11 Oppsummering arbeidsoppgaver og faglig ansvar

I kapittel 3.2 har vi gått gjennom hva slags arbeidsoppgaver sykepleiere i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling utfører, og i hvilket omfang de gjør arbeidsoppgavene. Videre i hvilken grad sykepleierne opplever at de dekker brukernes behov i tilstrekkelig grad gjennom disse tiltakene, eller om det er behov for mer vekt på enkelte oppgaver. Vi skal i det følgende oppsummere hovedtrekkene.

Hva slags arbeidsoppgaver er det generelt sykepleierne bruker mye av tiden sin på? Sykepleiere gjør ofte mange av oppgavene innenfor kategoriene psykisk helsearbeid og rusarbeid. Observasjon og

kartlegging av pasientens psykiske helse gjøres svært ofte. For ansatte i TSB er kartlegging og gjennomføring av tiltak ved rusproblematikk oppgaver som gjøres ofte. Oppgaver knyttet til pasientenes fysiske helse gjøres også forholdsvis ofte, og aller oftest følger de opp ulike behov for sykepleie. Administrering av medisiner er likeså en oppgave som gjøres ofte, men primært av sykepleiere i døgntilbud. Andre oppgaver som gjøres hyppig på tvers av alle respondentene er å motivere pasienten til forandring og utvikling, tale pasientens sak i tråd med lover og forskrifter og sørge for at pasienten er delaktig i behandlingen og beslutninger. Dokumentasjon av helsehjelpen i pasientens journal gjøres også svært ofte av mange. Til sist er det mange sykepleiere som gjør mye arbeid knyttet til samhandling og samarbeid, for eksempel å være en aktiv part i tverrfaglige drøftinger på arbeidsplassen og delta i utformingen av pasientens behandlingsplan.

Som tidligere nevnt, har vi funnet få systematiske forskjeller mellom sykepleiere i psykisk helsevern og TSB. Det er imidlertid visse systematiske forskjeller mellom de fire typene arbeidsplass vi har vist til i figurene. Sykepleiere i poliklinikk og team svarer oftest ganske likt, mens sykepleiere i døgntilbud skiller seg fra dem. Svarene fra sykepleiere i LAR varierer, i den forstand at de noen ganger svarer forholdsvis likt som sykepleiere i døgntilbud, og andre ganger som poliklinikk/team-respondentene. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at LAR er representert ved relativt få respondenter.

Sammenfatter vi hva slags temaer de ulike ansattgruppene mener de bør gjøre mer eller mindre av (se figurer i vedlegg), kan vi merke oss at det er få respondenter som mener de bør gjøre *mindre* av noen av disse arbeidsoppgavene. Den eneste oppgaven som skiller seg tydelig ut er det å *dokumentere helsehjelpen i pasientens journal*. Her mener 23 prosent av respondentene som er ansatt i poliklinikk at de bør gjøre mindre av dette. Tilsvarende tall for sykepleiere i team er 18 prosent. Det er altså en ganske betydelig andel av respondentene som mener at de i mindre grad bør bruke tid på å dokumentere helsehjelp i pasientjournalen. Blant de ansatte i døgntilbud er det åtte prosent som mener det samme, mens for LAR-ansatte er tallet kun tre prosent (det vil si én respondent).

Når det gjelder oppgaver respondentene mener de bør gjøre *mer* av, er det et mønster at sykepleiere i poliklinikk og team mener det er mindre behov for å gjøre mer av oppgaver, sammenliknet med ansatte i døgntilbud og LAR. Det kan altså se ut som sykepleiere i poliklinikk og team har funnet et tilfredsstillende nivå på omfanget av de oppgavene de gjør, mens sykepleiere i døgntilbud og i LAR ser behov for å gjøre mer av flere oppgaver. Dette kan tyde på at det er ved døgnavdelingene at sykepleierne ser størst behov for forandring når det gjelder hvordan man jobber, og hva man jobber med.

Hvilke oppgaver, helt konkret, er det respondentene i størst grad mener de bør gjøre mer av? De hyppigst nevnte oppgavene blant sykepleiere i *døgntilbud* er knyttet til brukermedvirkning og pårørendearbeid: å informere og undervise pårørende om psykisk helse, rus, psykisk lidelse og behandling (63 prosent), sørge for at pasienten er delaktig i behandlingen og beslutninger (59 prosent) og det å ha samarbeid med pasientens pårørende/nettverk (57 prosent). Også respondentene ansatt i *poliklinikk* rangerer pårørendearbeid som oppgaver de bør gjøre mer av. Samarbeid med pasientens pårørende/nettverk vektlegges mest (63 prosent), dernest det å informere og undervise pårørende (58 prosent) og gjøre kartlegging/tiltak rettet mot barn av pasienter i behandling. Vi finner de samme ønskene om prioritering blant sykepleiere i *team*. Mer samarbeid med pasientens pårørende/nettverk ønskes av 63 prosent av respondentene. Deretter følger det å informere og undervise pårørende (55 prosent) og å sørge for at pasienten er delaktig i behandling og beslutninger (51 prosent). Sykepleiere i LAR legger i likhet med sykepleiere i døgntilbud også vekt på mer brukermedvirkning, og i likhet med

de andre gruppene, også pårørendearbeid. LAR-sykepleierne skiller seg ut ved å rangere det å observere og kartlegge pasientens psykiske helse som den oppgaven det er størst behov for å gjøre mer av (66 prosent).

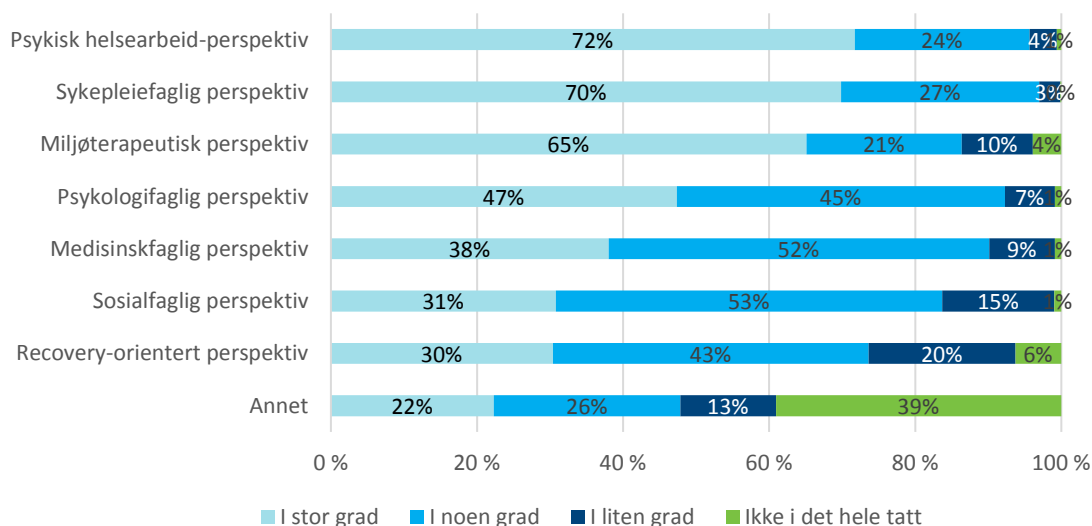
Vi ser altså at det er ganske stort samsvar på tvers av respondentgruppene omkring hvilke oppgaver de bør gjøre mer av for å ivareta pasientenes behov. Større involvering av pårørende/nettverk ser ut til å være en hovedoppgave det bør gjøres mer av. Ivaretagelse av pasientens medvirkning i behandlingen er også en oppgave mange mener det er behov for å gjøre mer av, og særlig blant sykepleiere i døgnenhet.

3.3 Samarbeid og ansvarsfordeling

Vi har allerede vært inne på at mange sykepleiere i psykisk helsevern og TSB opplever rollen, og påfølgende sine arbeidsoppgaver og ansvar, som utydelige i praksis. Dette var tydelige innspill fra sykepleiere som deltok i fokusgruppene innledningsvis i prosjektet. Rollene defineres, og ikke minst utøves, i et samspill med andre yrkesgrupper på arbeidsplassen, og i dette avsnittet går vi nærmere inn på hvordan sykepleierne vurderer fordelingen av oppgaver og ansvar på arbeidsplassen, samt samarbeid med andre profesjoner.

3.3.1 Faglige perspektiver/tradisjoner i utøvelse av arbeidsoppgaver

I spørreundersøkelsen ba vi respondentene svare på i hvilken grad de mente at deres ansvar og arbeidsoppgaver hører hjemme innenfor ulike faglige perspektiver eller tradisjoner, om man arbeider ut fra et spesifikt faglig perspektiv eller tradisjoner man jobber ut ifra. Det var mulig å plassere seg innenfor flere kategorier.



Figur 30 I hvor stor grad vil du si at ditt ansvar og arbeidsoppgaver hører hjemme innenfor følgende faglige perspektiver eller tradisjoner? Prosent (N=1562-1609/annet=1452)

Figur 30 viser at 72 prosent av respondentene, samlet sett, mener deres ansvar og oppgaver hører hjemme i et psykisk helsearbeid-perspektiv, mens omtrent like mange (70 prosent) plasserer seg innenfor et sykepleiefaglig perspektiv. 65 prosent oppgir å jobbe ut ifra et miljøterapeutisk perspektiv. Færrest oppgir å jobbe ut ifra et recovery-orientert perspektiv.

Ser vi på hvilke perspektiver/tradisjoner sykepleierne jobber ut ifra, fordelt på om de arbeider innenfor psykisk helse eller rusbehandling fant vi små forskjeller mellom gruppene. Funnene viser imidlertid at sykepleiere innenfor rusfeltet i mindre grad har et psykisk helse- og miljøfaglig perspektiv, og i større grad anvender et medisinskfaglig og sosialfaglig perspektiv enn sykepleiere som jobber innenfor psykisk helsevern. For eksempel er det 74 prosent av respondentene ansatt i psykisk helsevern som plasserer seg innenfor et psykisk helsearbeidsperspektiv, mens det tilsvarende tallet er 62 prosent for ansatte innenfor TSB. Et sykepleiefaglig perspektiv anvendes av 71 prosent av sykepleierne i psykisk helsevern, mens 65 prosent av respondentene i TSB plasserer sitt ansvar og arbeidsoppgaver innen det perspektivet.

At et psykisk helsearbeid-perspektiv er det perspektivet flest oppgir å «i stor grad» jobbe innenfor tyder på at en tverrfaglig, ikke-profesjonsspesifikk tenkemåte har stor plass på feltet. Dette kan også tenkes å reflektere videreutdanningssystemet for høyskoleutdannede med den tverrfaglig videreutdanningen i psykisk helsearbeid. Det er også tenkelig at en slik tverrfaglig tilnærming i ansvar og arbeidsoppgaver gjør det lettere å fordele ansvar og oppgaver på tvers av grupper. Samtidig kan en også tenke seg at felles faglige perspektiver gjør at de ulike yrkesgruppene i disse fagfeltene blir mer like, og at det dermed blir større klarhet, og rom for forhandlinger og uenighet om hvem som skal ha ansvar for hva. En av respondentene kommenterte følgende i spørreundersøkelsen: «Alle yrkesgrupper ligner på hverandre etter en tid. Leger og psykologer troner på toppen og er lette å «plukke ut», mens vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger, sykepleiere osv. er like, har likt fokus, adopterer av hverandre. Altså utvisking av fagene våre.» Samtidig er det verdt å merke seg at 97 prosent oppgir at de i stor eller noen grad jobber ut ifra et sykepleiefaglig perspektiv, og at ingen respondenter svarer at de *ikke* jobber ut ifra et sykepleiefaglig perspektiv. Det finnes altså noen motstridende tendenser knyttet til faglige perspektiver og tradisjoner på feltet. På den ene siden jobber mange yrkesgrupper ut fra tverrfaglige, felles perspektiver (og så vil man vurdere det ulikt hva dette innebærer). På en annen side finner vi at mange jobber ut ifra eget fagspesifikt perspektiv. Så blir selvfølgelig spørsmålet hva som ligger i et sykepleiefaglig perspektiv.

3.3.2 Sykepleieres ansvar

Generelt i intervjuene snakket informantene mye om fordeling av ansvar og arbeidsoppgaver, og hele 350 av respondentene har kommentert temaet i fritekstfelt i spørreundersøkelsen («Har du noe å tilføye når det gjelder sykepleieres rolle og ansvar innen psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling?») Før vi ser på resultatene fra spørreundersøkelsen knyttet til ansvar, ser vi på hovedfunn fra intervjuene og fritekstsvarene i spørreundersøkelsen som omhandler temaet.

De aller fleste mener at sykepleierne har *stort ansvar*, og det framheves at særlig sykepleiere ansatt i poliklinikker har mye ansvar. I kommentarene i spørreundersøkelsen nevner mange at ansvaret kan være *for stort*, det anerkjennes ikke og oppgaver/ansvar framstår derfor som usynlig. I tillegg blir ansvaret i liten grad økonomisk verdsatt, og mer spesifikt kompensert for i form av lønn. Noen peker også på at man jobber under svært krevende forhold, og kan ha utfordringer omkring sikkerhet, noe som heller ikke kompenseres for i forhold til ansvaret de har. Det er videre to hovedpoeng som særlig skiller seg ut når det gjelder synspunktene rundt ansvar. Sykepleiere beskriver at de har et veldig omfattende ansvar, som innebærer en rekke arbeidsoppgaver – også oppgaver som ikke er sykepleiefaglige, og de har behandlingsansvar, men får ikke anerkjennelse for det. Noen kommentarer fra spørreundersøkelsen kan illustrere disse poengene:

«Vi har ansvar for alt. Fra å stå på storkjøkkenet og lage mat til hele pasientgruppen i flere timer i helgene, til å sitte på skjermet enhet, til å medisinere, gå ansvarsvakter, organisere dagen med møter og alt som er. Ønsker en mer spesifikk rolle- og ansvarsbeskrivelse.»

«Ansvar som behandler, men ikke myndighet. Har ansvar for at diagnoser blir satt uten å sette den. Kontrollfunksjon mot lege og psykolog.»

«Vi har et stort, selvstendig behandlingsansvar. Oftest vi som utformer planer og erklæringer, [som] godkjennes av spesialist ved underskrift.»

Både i intervjuer og i spørreundersøkelsen (kommentarer i fritekst) ble det påpekt at det er forskjell på ansvarsområdet til sykepleiere i poliklinikk/team og i døgntilbud. Særlig gjelder det behandlingsansvar. Sykepleiere i døgntilbud har ikke behandlingsansvar, mens sykepleiere i poliklinikk/team kan ha ansvar for diagnostisering og behandling – noe beskrives som et stort selvstendig ansvar. Det er også respondenter i spørreundersøkelsen som har kommentert at sykepleiere bør få *større* ansvar. For eksempel mener en at «sykepleiere med erfaring og kompetanse bør få større ansvar for behandlingen av pasientene», mens en annen skriver: «"mer ansvar til å gjøre vurderinger, det er ofte sykepleieren som har den daglige og kontinuerlige kontakten med pasienten. Synes dette er svært skjevfordelt og at legene ofte tar avgjørelser på feil grunnlag.». Mange peker forøvrig på at ansvar og ansvarsfordeling vil variere fra arbeidsplass til arbeidsplass. Dette ser vi nærmere på når vi går inn på resultatene fra spørreundersøkelsen.

3.3.2.1 Sykepleierens plass i tverrfaglige team

Fra de litt mer generelle betraktningene om sykepleieres ansvar, skal vi se mer spesifikt på hvordan sykepleierne beskriver sin plass i tverrfaglige team, enten det er team som er etablert internt i en større enhet, for eksempel på en døgnettenhet, eller det er et team som er organisasjonsenheten i seg selv, som oppsøkende team. I det videre går vi ikke inn på arbeidsoppgavene i seg selv (det gjorde vi i kap. 3.2), men tar for oss sykepleierens refleksjoner knyttet til om arbeidsoppgaver og ansvar oppleves å være fordelt på en god måte, samt hvordan sykepleiere erfarer sin plass i det tverrfaglige samarbeidet. Når det gjelder sykepleierens ansvar og plass i teamet, viser dataene at det eksisterer ulike oppfatninger om disse. Fra fritekstfeltet i spørreskjemaet («Har du noe å tilføye når det gjelder sykepleierens rolle og ansvar innen psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling?») finner vi bemerkninger som tyder på svært positive erfaringer – med en god balanse mellom autonomi og tverrfaglig samarbeid, men også mer negative erfaringer hvor sykepleierrollen oppleves utydelig og man mister sitt særpreg i det tverrfaglige samarbeidet. Sistnevnte poeng har også vært tatt opp tidligere, blant annet i forbindelse med forståelse av egen rolle. Det er mange av sykepleierne som har denne oppfatningen. Totalt sett er det likevel mangfoldige erfaringer knyttet til teamarbeid og ansvar:

«Ansvar og selvstendighet i denne rollen er fantastisk, samtidig som vi har tverrfaglig samarbeid.»

«I vår poliklinikk har me ei autonom rolle, men med god støtte av tverrfaglig samarbeid. Erfarne spesialsykepleierar er gode samarbeidspartar for psykiateren.»

«Ansvarsområdet er vidt og noe udefinert. Noe som bidrar til at en del av sykepleiefaget forsvinner i andre oppgaver.»

«Vi trenger en bevisstgjøring og tydeliggjøring av rollen i tverrfaglig samarbeid.»

Et tema som har blitt tatt opp av sykepleierne i studien er deres bidrag inn i det tverrfaglige arbeidet. Også her er det noe ulike erfaringer. Den *minst vanlige* erfaringen i materialet er et opplevd jevnbyrdig tverrfaglig samarbeid. Det kan imidlertid tenkes at det er lettere å dele negative erfaringer enn positive, og funnene må forstås på bakgrunn av dette. En av informantene i et gruppeintervju forteller imidlertid om en opplevelse av en likeverdig samarbeidsrelasjon:

«Vi har to behandlingsteam hvor det er sykepleiere, leger, psykologer. Og jeg føler at vi er likeverdige i diskusjonen sånn i utgangspunktet. Så er det noe ... legene må jo ta sine avgjørelser i forhold til sin profesjon og det samme med psykologene sånn sett. Så jeg føler at vi er ganske likeverdige i de behandlingsteamene hos oss.»

Den *mest uttalte oppfatningen* er imidlertid at sykepleieres bidrag i tverrfaglig teamarbeid ikke alltid anerkjennes. I tillegg har sykepleiere formelt sett ikke myndighet til å ta beslutninger omkring behandling – siden disse må tas av spesialist. Flere av sykepleierne i studien peker på det paradoksale at de som sykepleiere ser pasientene mye, de er ofte sammen med dem i mange timer om dagen, og likevel erfarer de jevnlig at deres observasjoner ikke tillegges nok vekt:

«Vi gjør mye målrettet miljøarbeid, men faglige innspill blir ikke alltid vektlagt av andre faggrupper. Få leger og psykologer med ut i miljøarbeidet for å bedre pasientbehandlingen. De fleste observasjoner gjøres av miljøarbeiderne, herunder sykepleierne, men det kan synes som om behandlere vektlegger eget inntrykk av pasienten (...) heller enn de miljøobservasjoner som er gjort.»

Særlig forholdet til psykologene, som det blir stadig flere av innenfor psykisk helse- og rusfeltet, ble hyppig tatt opp i intervjuene, og også kommentert i spørreundersøkelsen. Informantene erfarer at psykologene overtar mange av de oppgavene sykepleierne tradisjonelt har gjort. Dette har flere opplevde konsekvenser, spesielt knyttet til opplevelsen av mindre ansvar. To kommentarer fra fritekstfeltet illustrerer dette:

«Det kan virke som om sykepleiere «skvises» ut av psykiatriske poliklinikker ettersom krav til hva vi kan få lov til å gjøre strammes inn. Psykologene overtar fordi de kan stille diagnoser selvstendig, men de er langt dyrere.»

«Det er utfordrende å holde på det helhetlige perspektivet i samarbeid med psykologer. Sykepleierne blir stadig fratatt flere ansvarsområder og selv om vi er kliniske spesialister med mange års erfaring er vi pliktige til å rådføre oss med en psykolog (selv om de er nyutdannede) før vi kan ta enkelte avgjørelser. Det er ikke reelt tverrfaglig samarbeid og det vanner ut sykepleiernes rolle.»

Årsakene til en slik oppgaveglidning og endring i ansvarsområder går vi ikke nærmere inn på her, men det er tydelig at sykepleiere på feltet opplever dette som vanskelig og som en utvikling som bidrar til å degradere sykepleierrollen. I tillegg til de spesifikke synspunktene på psykologene tok mange informanter opp kravet om spesialist i front mer generelt. Det pekes på som «ganske krevende» og «utfordrende» fordi det tyder på at sykepleiernes observasjoner ikke er gyldige – før en spesialist har «godkjent» dem. Noen tar også opp problemet med at det ikke alltid er slik at andre yrkesgrupper, igjen eksemplifisert ved psykologene, vet hva sykepleiernes rolle og ansvar er. Det kan gjøre at sykepleiere får forespørsler om å gjøre oppgaver som ligger langt utenfor deres arbeidsområde.

3.3.2.2 Tverrfaglige team dekker opp mange perspektiver i pasientbehandlingen

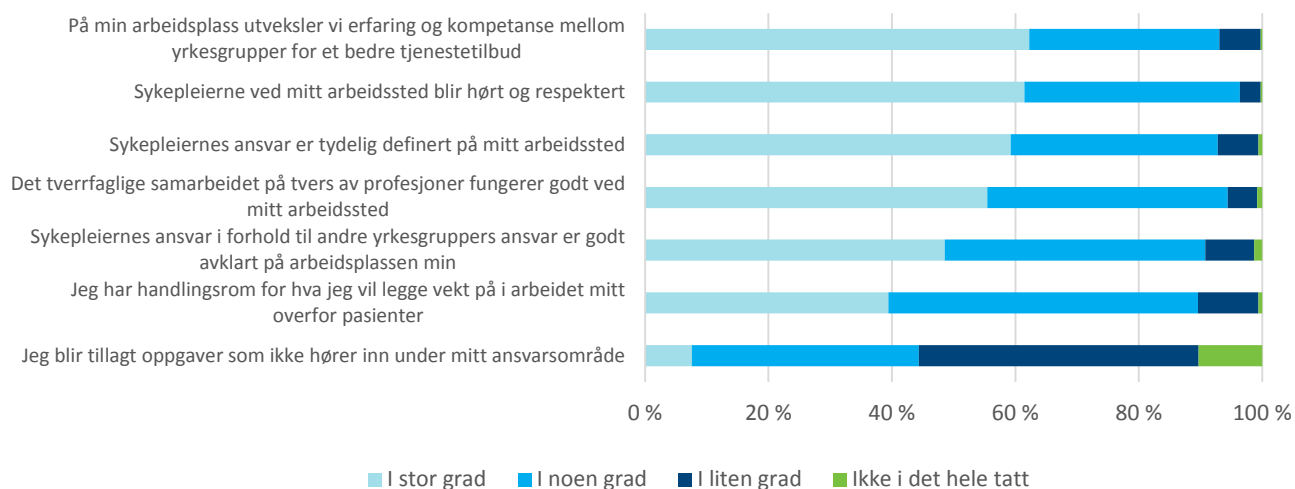
Sykepleierne rapporterer altså om at deres bidrag inn i tverrfaglig teamarbeid ikke alltid anerkjennes. Samtidig peker mange av dem på at sykepleiere har en svært viktig kompetanse når det gjelder vurdering og oppfølging av pasienten, og at de fyller en sentral plass i team. Det er også stor enighet om at pasientene tjener på å ha en bred, tverrfaglig tilnærming til utforming av helsehjelpen. En av informantene sier: «I det teamet som jeg er med i er det en psykologspesialist, og meg som sykepleier, spesialsykepleier, en ergoterapeut og en overlege. Og vi jobber ofte to og to sammen. Vi har ganske forskjellig blikk inn, eller forskjellig fokus på pasienten. Og det tror jeg vi bruker ganske aktivt.» Flere informanter trekker fram det samme, enhver profesjon har sitt blikk, og sykepleierens blikk gir noe spesielt til pasienten:

«Du kan ha en case, så kan du få helt tre forskjellige caseløsninger avhengig av hvilken yrkesgruppe vi sender ut. Men det som er litt slitsomt er å få anerkjent den oppgaven sykepleierne gjør da, for hva er det som er vårt? Vi må kunne sykdomslære, vi må kunne medisinene, vi må kunne en del forskjellige terapeutiske tilnærminger. Samtidig er det noe med måten man gjør det på, hvis du får slag, så får du annen hjelp hos en sykepleier enn hos en hjelpepleier. Det er veldig forskjell på hvilken teoretisk bakgrunn man har. Så konkret til nesten hvordan du holder kluten og hvordan du snakker med noen.»

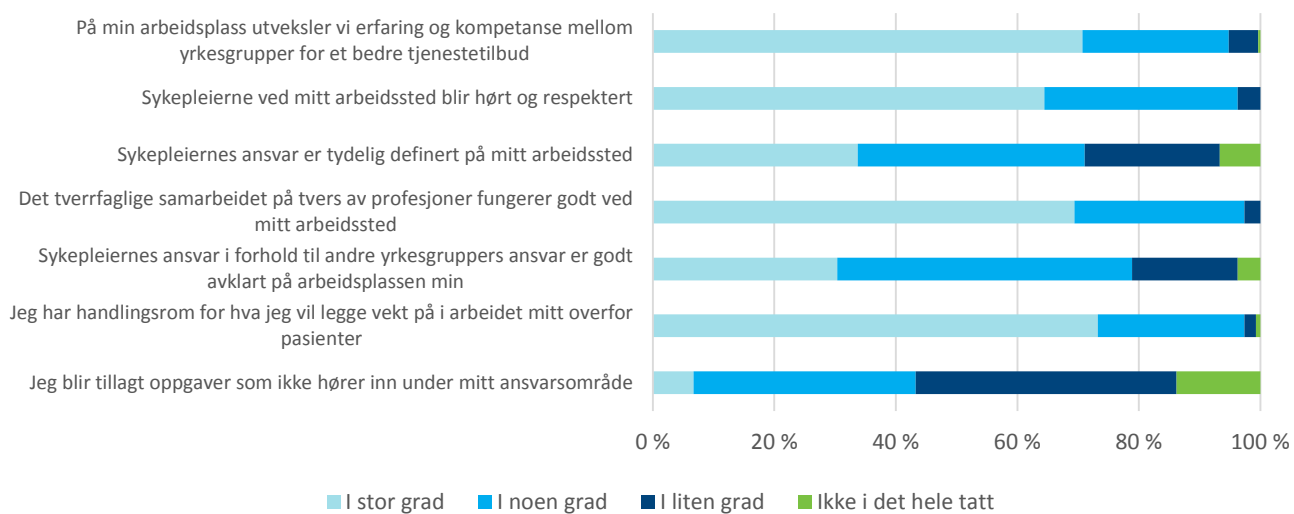
Sykepleierne vurderer altså sitt perspektiv og sin kompetanse som viktig, men vi ser at det er et tilbakevendende tema at de i mange tilfeller ikke opplever at deres kompetanse blir anerkjent av de andre i teamet. Sitatet peker også på sykepleieres komplekse rolle og mangefasettete kompetanse. Overordnet kan vi si at sykepleierne innen psykisk helse og rusfeltet har et ansvar for å bidra med sitt særegne sykepleierblikk i team, men (strukturelle/kulturelle) forhold på arbeidsplassen påvirker i hvilken grad dette blikket blir utnyttet godt nok.

3.3.3 Sykepleiernes ansvar målt i spørreundersøkelsen

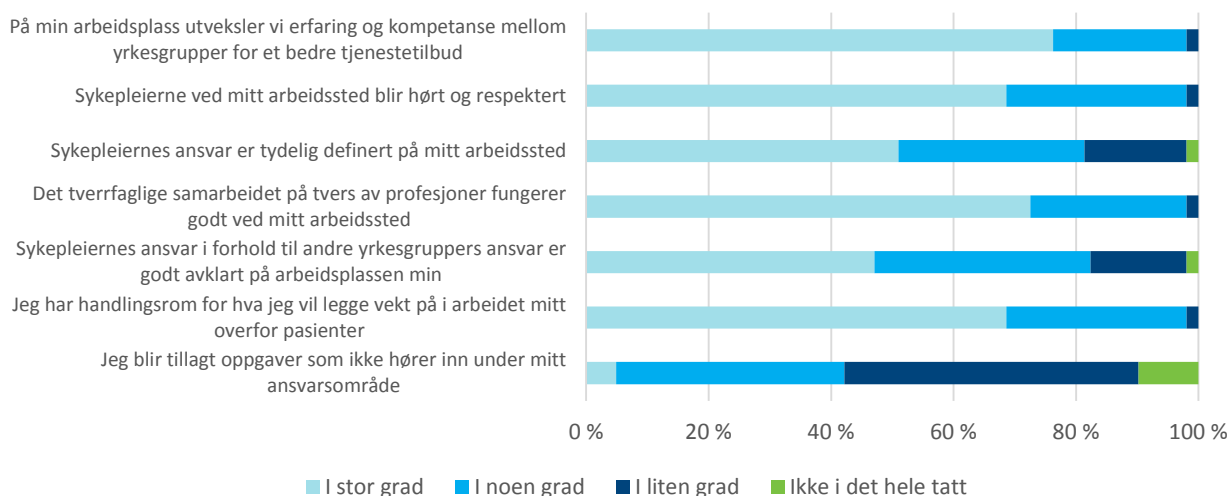
I det videre skal vi gå gjennom sykepleiernes svar på spørreundersøkelsen knyttet til sju påstander omkring ansvar. Vi presenterer separate figurer for henholdsvis døgntilbud, poliklinikk, oppsøkende team og LAR, og alle figurene kommenteres under ett. (Det er ikke testet for signifikante forskjeller i disse svarene).



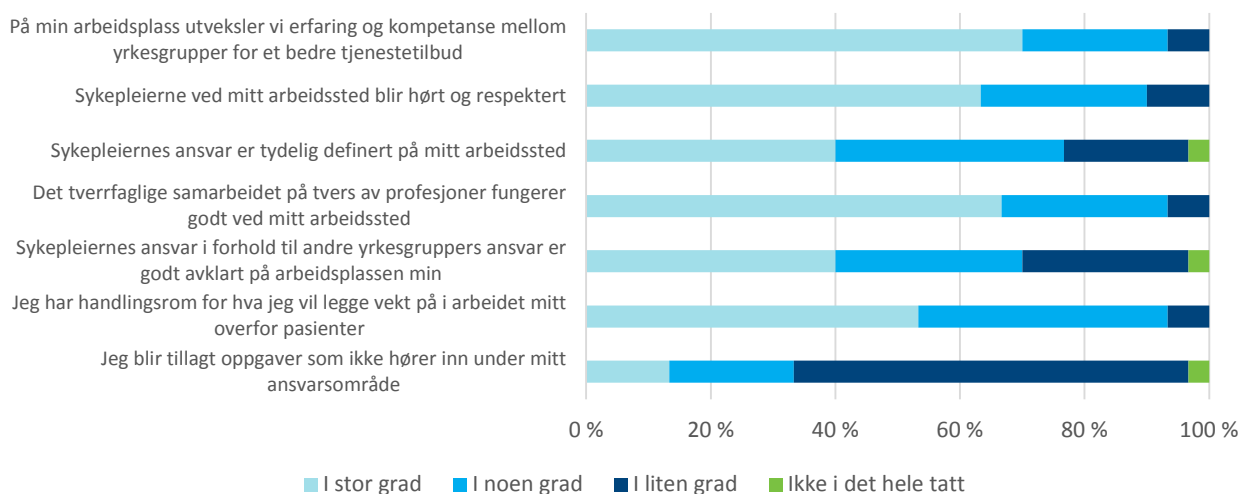
Figur 31 I hvor stor grad stemmer påstandene om sykepleieres ansvar der du jobber? Ansatte i døgntilbud, prosent (N=1094)



Figur 32 I hvor stor grad stemmer påstandene om sykepleieres ansvar der du jobber? Ansatte i poliklinikk, prosent (N=269)



Figur 33 I hvor stor grad stemmer påstandene om sykepleieres ansvar der du jobber? Ansatte i ambulant akutteam/oppsøkende team, prosent (N=102)



Figur 34 I hvor stor grad stemmer påstandene om sykepleieres ansvar der du jobber? Ansatte i LAR, prosent (N=30)

Vi går gjennom resultatene, fra påstand øverst til nederst på Figurene 31-34. Den påstanden det er størst enighet om at stemmer, og som tre av fire arbeidststeder rangerer høyest er «På min arbeidsplass utveksler vi erfaring og kompetanse mellom yrkesgrupper for et bedre tjenestetilbud». Mellom 94 og 95 prosent av respondentene mener at dette stemmer i stor eller i noen grad. Ansatte i team er mest enige i påstanden der 76 prosent mener det stemmer i stor grad. Det støtter tankegangen om at jo tettere man jobber sammen, jo mer avhengig blir man av å utveksle erfaring og kompetanse innad i teamet.

Hvorvidt sykepleierne blir *hørt og respektert på arbeidstedet* (påstand 2) er det også stor enighet om. Mellom 90 og 96 prosent mener at det stemmer i stor eller i noen grad. Det er små forskjeller mellom gruppene. Det er interessant å se denne påstanden i kontrast med funn presentert tidligere i avsnittet om

at mange sykepleiere ikke føler at deres kompetanse blir anerkjent i teamarbeid. Tilsynelatende er dette motstridende, men påstanden i figuren kan sies å favne bredere. En kan likevel spørre seg om en i så stor grad kan oppleve å bli hørt og respektert, samtidig som en opplever å få lite gjennomslag for sine synspunkter i teamarbeid.

Ser vi på påstand 3 «*Sykepleiernes ansvar er tydelig definert på min arbeidsplass*» ser vi noe større forskjeller mellom gruppene. Det tydeligst definerte ansvaret finnes blant ansatte i døgnerhet. Her er 93 prosent enig i påstanden i stor eller noen grad. Minst enighet i at man har et tydelig definert ansvar finner vi blant ansatte i poliklinikk. Her er kun 34 prosent enig i stor grad, mens 37 prosent er enig i noen grad. Omtrent tre av ti (29 prosent) mener at ansvaret i liten grad/ikke er tydelig definert. For ansatte i team og i LAR er tendensen at de ligger nærmest svarene til ansatte i poliklinikk. Ansvaret oppfattes altså som mindre tydelig definert enn blant ansatte i døgnerhet. Svarene kan ses i sammenheng med funn fra intervjuene hvor informantene peker på at arbeidet i poliklinikk oftest innebærer stor selvstendighet og mye ansvar. Stor selvstendighet kan forstås som den positive motsatsen til utydelig definert ansvar, og begge deler kan innebære både fordeler og ulemper, uten at vi går detaljert inn på det her.

I påstand 4 ba vi respondentene ta stilling til om «*Det tverrfaglige samarbeidet på tvers av profesjoner fungerer godt ved mitt arbeidssted.*» Generelt sett svarer respondentene fra alle fire arbeidsstedene at dette stemmer godt. Mellom 94 og 98 prosent mener det stemmer i stor eller i noen grad. Ikke overraskende skiller ansatte i oppsøkende team seg ut ved at sju av ti svarer at det tverrfaglige samarbeidet i stor grad fungerer godt. Forøvrig ser vi samme tendens som ved påstand 3. Ansatte i poliklinikk og LAR plasserer seg nærmere ansatte i team i sine svar, mens ansatte i døgnerhet skiller seg noe ut ved at de i mindre grad er enige i at det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt. Likevel er det litt over halvparten som mener at det er et godt samarbeid.

Hvorvidt sykepleiernes ansvar i forhold til andre yrkesgruppers ansvar er godt avklart på arbeidsplassen (påstand 5) har en svarfordeling som er svært lik påstand 3. Ansvaret er tydeligst avklart for sykepleiere på døgnerhet der 91 prosent mener det stemmer i stor eller noen grad. LAR-ansatte er minst enige i at de har et avklart ansvarsforhold vis à vis andre yrkesgrupper hvis vi ser på de som svarer at påstanden stemmer i stor/noen grad (70 prosent). Ser vi bare på den gruppen som mener påstanden stemmer i stor grad, er det ansatte i poliklinikk som utmerker seg. Her mener kun tre av ti at det stemmer at deres ansvar er godt avklart i forhold til andre yrkesgrupper. Svarene stemmer godt overens med det vi har vist tidligere. Ansatte i poliklinikk har stort ansvar og selvstendighet, og mindre tydelig definert ansvarsområde enn andre grupper sykepleiere på feltet.

Svarene varierer ganske mye mellom gruppene når det gjelder påstand 6, hvorvidt sykepleieren opplever å ha «*handlingsrom for hva jeg vil legge vekt på i arbeidet overfor pasienter*». Mest handlingsrom rapporteres – ikke overraskende – fra ansatte i poliklinikk. Blant disse sier 75 prosent at det stemmer i stor grad at de har handlingsrom for hva de vektlegger i arbeidet med pasientene. Vesentlig færre i døgnerhet mener dette i stor grad (39 prosent). Ansatte i team og LAR befinner seg mellom poliklinikk og døgnerhet når det gjelder opplevelsen av handlingsrom. Totalt sett er det likevel slik at mellom 89 og 98 prosent av respondentene – uavhengig av arbeidssted – mener det har handlingsrom. Det tyder på at rollen som sykepleier innen psykisk helse og rus innebærer mye frihet og generelt sett stort handlingsrom for hva man vil legge vekt på i arbeidet med pasientene.

I den siste påstanden i figuren (påstand 7) «*Jeg blir tillagt oppgaver som ikke hører inn under mitt ansvarsområde*» svarer ansatte i døgnerhet, poliklinikk og oppsøkende team svært likt, og en relativt

høy andel svarer at de opplever dette. Mellom 42 og 45 prosent mener det stemmer i stor eller i noen grad at de får oppgaver som ikke er deres ansvar. De fleste mener imidlertid at det bare stemmer i *noen grad*. Ansatte i LAR skiller seg positivt ut ved å være de som i minst grad opplever å bli tillagt oppgaver som ikke hører til under deres ansvarsområde. 33 prosent (13 i stor grad, 20 i noen grad) svarer at de blir tillagt slike oppgaver. Til tross for at mange av respondentene svarer at ansvaret deres på arbeidsplassen er utydelig definert (påstand 3 og 5), har man likevel oppfatninger om hva som er innenfor og utenfor ens ansvarsområde, og flertallet opplever å ikke blir tillagt oppgaver som faller utenfor eget ansvar på arbeidsplassen.

3.3.4 Oppsummering samarbeid og ansvarsfordeling

I del 3.3 har vi tatt for oss sykepleieres erfaringer med samarbeid og ansvarsfordeling. Vi har vist at sykepleiere opplever generelt sett å ha stort ansvar for mange områder av pasientbehandlingen og oppfølgingen. Mange sykepleiere erfarer videre at ansvarsområdet deres er utydelig definert, både for sykepleiergruppen i seg selv og vis à vis andre yrkesgrupper. Når det gjelder rolle og ansvar i tverrfaglige team rapporterer mange at deres synspunkter ikke blir anerkjent, selv om sykepleiere er en gruppe som ofte har nær og hyppig kontakt med pasienten. Mange trekker også fram at selv om de har selvstendig behandlingsansvar, må tiltak/behandlingsopplegg likevel godkjennes av spesialist. Her varierer imidlertid praksis mye fra sted til sted. Generelt sett synes de fleste likevel at det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt. Respondentene synes også at sykepleiere blir hørt og respektert på arbeidsplassen, og majoriteten opplever ikke at de blir tillagt arbeidsoppgaver som ikke hører inn under eget arbeidsområde. Det er imidlertid visse forskjeller mellom type arbeidssted. Døgneheter skiller seg noe ut ved at sykepleiere der har tydeligere definert ansvar, mindre handlingsrom i hva man vil vektlegge i behandlingen av pasientene, og er i mindre grad enige i at det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt sammenliknet med de andre arbeidsstedene. Motsatt opplever sykepleiere ansatt i poliklinikk større handlingsrom, og mer utydelig definerte ansvarsområder. Ikke overraskende, men likefullt interessant, er det ansatte i oppsøkende team som i størst grad rapporterer at det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt.

3.4 Pasientenes behov og den sykepleiefaglige kompetansen

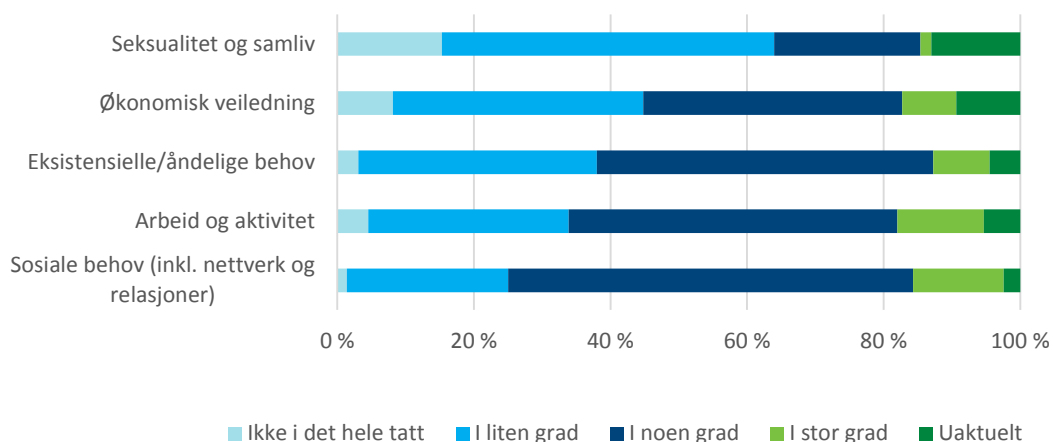
Vi har allerede gjennomgått systematisk i hvilken grad sykepleiere i psykisk helsevern og TSB opplever at de arbeidsoppgavene de gjennomfører er tilstrekkelig i forhold til de behovene pasientene har, eller om man trenger å legge mer vekt på enkelte tiltak. Særlig fant vi at sykepleierne vurderte at det var særlig behov for å gjøre mer når det gjaldt brukermedvirkning og pårørendearbeid.

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål om i hvilken grad sykepleierne oppfattet at de dekker pasientenes behov for sykepleiefaglig kompetanse, herunder kunnskap om psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov. Vi skal først se på hvilke behov respondentene har vurdert som vanskeligst å imøtekomme. Vi utdyper poengene med noen sitater fra intervjuene. Deretter ser vi på kommentarene fra fritekstfeltet i spørreskjemaet der respondentene har kommentert hva slags hindringer de ser for å kunne imøtekomme pasientenes behov. Disse er i all hovedsak av strukturell art.

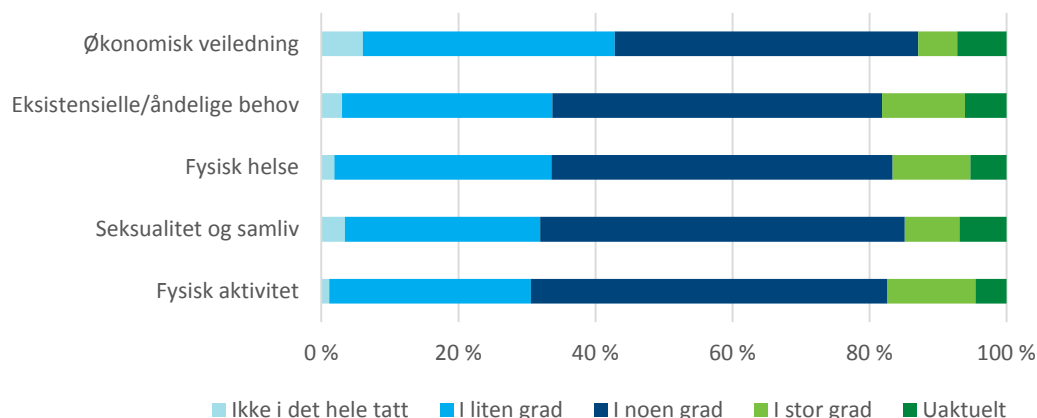
I spørreundersøkelsen var spørsmålet formulert på følgende måte: «*I ditt møte med pasienten, i hvilken grad synes du generelt sett at du har mulighet til å imøtekomme pasientenes behov innenfor disse områdene?*» Respondentene ble bedt om ta stilling til 13 tema. Disse temaene var (sortert i den rekkefølgen de ble spurt om) fysisk helse, psykisk helse, rusutfordringer, sosiale behov (inkl. nettverk og relasjoner), eksistensielle/åndelige behov, seksualitet og samliv, kosthold/ernæring, fysisk aktivitet,

søvn/hvile/velvære, kommunikasjon og samtale, arbeid og aktivitet, økonomisk veiledning og juridiske rettigheter (inkludert pasientrettigheten om forsvarlig helsehjelp). Under presenterer vi resultater fra de fem områdene ansatte innenfor hver av de fire hovedgruppene av arbeidssted har vurdert til å være *vanskeligst* å imøtekomme. Dette gir oss en indikasjon på hva slags temaer som får lite rom i sykepleiernes møte med pasientene, og som bør få større oppmerksomhet.

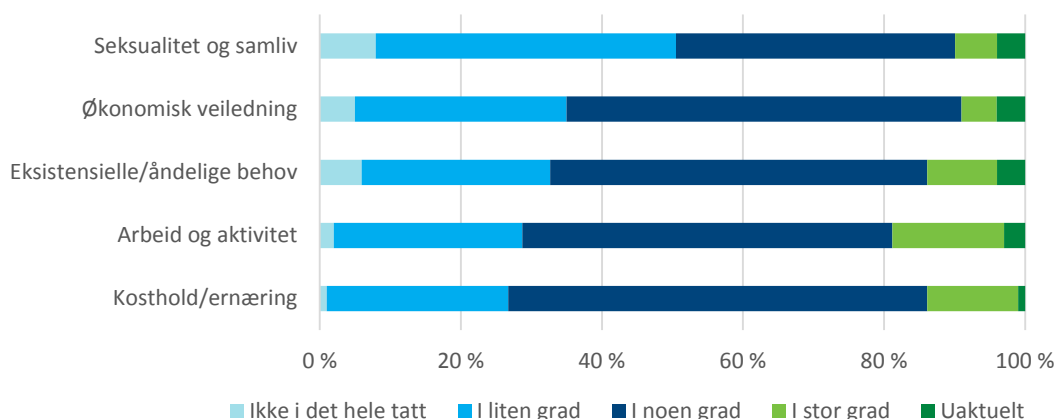
Vi fant ingen store forskjeller mellom sykepleiere ansatt i psykisk helsevern og TSB, med unntak av noen få områder (se figurer i vedlegg). Særlig på området psykisk helse er det respondentene innen psykisk helsevern som oppgir at de i mye større grad (i stor grad/noen grad) klarer å imøtekomme pasientenes behov.



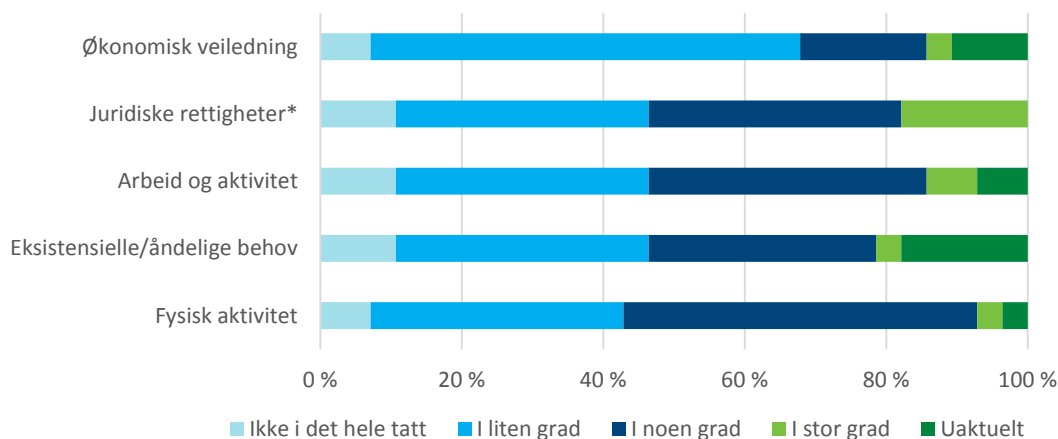
Figur 35 De fem høyest rangerte områdene der ansatte i døgntilbud vurderer det som vanskelig å imøtekomme pasientens behov. Prosent (N=1069)



Figur 36 De fem høyest rangerte områdene der ansatte i poliklinikk vurderer det som vanskelig å imøtekomme pasientens behov. Prosent (N=265)



Figur 37 De fem høyest rangerte områdene der ansatte i ambulanseteam/oppøkende team vurderer det som vanskelig å imøtekomme pasientens behov. Prosent (N=101)



*inkl. pasientrettigheten om forsvarlig helsehjelp

Figur 38 De fem høyest rangerte områdene der ansatte i LAR vurderer det som vanskelig å imøtekomme pasientens behov. Prosent (N=28)

Mange av de temaene som sykepleierne oppgir som vanskeligst å imøtekomme er felles på tvers av de fire enhetene (døgn, poliklinikk, team og LAR), mens noen kun er nevnt fra ett arbeidssted. Her går vi gjennom de ni hyppigst nevnte temaene, ut ifra hvor ofte de er nevnt og i hvor stor grad det er vanskelig å imøtekomme behovet.

Det behovet som oppgis å være vanskeligst å imøtekomme, på tvers av arbeidsstedene, er *økonomisk veiledning*. Ansatte i poliklinikk og LAR rangerer økonomisk veiledning som det som er aller vanskeligst å oppfylle, mens ansatte i døgnenhet og i oppøkende team rangerer det som det nest mest krevende området å imøtekomme. 45 prosent på døgnenheter, 43 prosent i poliklinikker, 35 prosent i oppøkende team og 68 prosent av LAR-ansatte oppgir at de ikke i det hele tatt, eller i liten grad, klarer å imøtekomme pasientens behov på dette området. Det er dermed tydelig at økonomisk veiledning er et

område pasientene får for lite bistand til slik sykepleierne ser det. Så kan det samtidig diskuteres om dette skal være en oppgave som sykepleiere skal gjøre.

Et annet område som rangeres høyt på listen over behov som i liten grad imøtekommes er *seksualitet og samliv*. Temaet er rangert øverst (vanskeligst å imøtekomme) hos ansatte i døgneheter og i team. 64 prosent av ansatte i døgneheter mener behovet ikke dekkes i det hele tatt eller i liten grad, tilsvarende tall for team er 51 prosent. Blant ansatte i poliklinikk mener 32 prosent at dette er et behov som ikke det hele tatt eller i liten grad imøtekommes. Ansatte i LAR har ikke oppgitt seksualitet og samliv som et tema. Resultatene viser at arbeidssted naturlig nok påvirker hvilke områder og utfordringer hos pasienten som får mest oppmerksomhet. Det vil trolig være lettere å merke udekkede behov på dette området når relasjonen til pasient går over en viss tid, og når man er tettere på, som i døgneheter. Seksualitet og samliv var tema i flere av gruppeintervjuene, og det var flere som etterlyste større fokus og mer kunnskap på området:

«Jeg tenker at pasienter innenfor psykiatrien har store utfordringer i forhold til seksuallivet. Og hos oss har vi i hvert fall prøvd å sette litt fokus på det. Men vi merker at det er litt vanskelig å innhente kompetanse på akkurat det fagfeltet. Så det er virkelig et felt som jeg ønsker at vi skulle vært bedre på, og vi skulle hatt mer fokus på det innenfor psykiatrien. Og også innenfor rus og psykiatri. I det hele tatt sånn generelt i allmennpsykiatrisk tenkning. Fordi mange av dem som går på medisiner opplever store utfordringer i samlivet og egen seksualitet. Så det å ha mer kunnskap om det, det ønsker jeg meg virkelig.»

Et tredje tema er *eksistensielle og åndelige behov*, som er rangert som nummer 2 eller 3 blant respondentene. Sammenfattet oppgis dette å være behov som ikke i det hele tatt, eller i liten grad blir møtt, av henholdsvis 38 prosent i døgneheter, 34 prosent i poliklinikk, 33 prosent i team og 47 prosent i LAR. Dette er et behov som hører med under sykepleiernes hovedoppgaver, og det er derfor verdt å merke seg at såpass mange opplever å ikke klare å imøtekomme pasientenes behov på dette området.

Ser vi på de øvrige behovene som sykepleierne mener ikke dekkes tilstrekkelig, viser resultatene mer spredning. *Arbeid og aktivitet* nevnes av ansatte i døgneheter (34 prosent) og ansatte i team (29 prosent). Videre rangeres *fysisk aktivitet* som et område som ikke/i liten grad blir ivaretatt. Det er 30 prosent som er ansatt i poliklinikk som svarer dette og 42 prosent ansatt i LAR. Det er interessant å merke seg at temaet ikke prioriteres høyere av ansatte ved døgneheter, siden fysisk aktivitet var et tema som mange sykepleiere i fokusgruppene nevnte som et for neglisjert område. Men som sitatet under illustrerer, flere døgnavdelinger har en bevissthet om viktigheten av fysisk aktivitet, og det er gjort tiltak for å øke denne blant pasientene:

«Vi har også fysisk aktivitetsgrupper. Vi drar dem med oss ut på tur. Noen ganger drar vi dem med oss. Og vi vet jo at dette her med for eksempel fedme og diabetes og sånn der er veldig utbredt på den type pasienter som går på sånn type medikamenter som de gjør da. Pluss at de har mange andre effekter og. Fysisk aktivitet - vi har prøvd og tatt litt tak i det. Vi gjør det. (...) Vi har faktisk stengt røykeverandaen for røyking. Så nå må vi gå til en viss krok i hagen for å røyke. Og det har det blitt mye mindre røyking av, spesielt om natten.»

Det er sannsynlig at det er vanskeligere for ansatte i poliklinikker og i LAR å følge opp pasientenes behov for fysisk aktivitet enn for sykepleiere som jobber tettere med pasientene, som i døgneheter og i oppsøkende team.

Andre temaer av de høyest rangerte behovene, og som bare er nevnt av respondenter på en av enhetene, er henholdsvis sosiale behov, juridiske behov, kosthold/ernæring og fysisk helse.

Oppfølging av pasientenes *juridiske behov*, inkludert pasientrettigheten om forsvarlig helsehjelp er rangert som det nest vanskeligste behovet å imøtekomme blant sykepleiere i LAR. Temaet er ikke tatt opp av noen av de andre respondentgruppene, noe som tyder på at dette er et tema som er særlig relevant for LAR-pasienter. En mulig forklaring kan være at sykepleiere i LAR i hovedsak er opptatt av å yte en avgrenset tjeneste, knyttet til utlevering av medisiner. Samtidig viser gjennomgangen av arbeidsoppgaver at respondentene som er ansatt i LAR gjør mange forskjellige oppgaver. Det er dermed ikke lett å gi noen entydig forklaring på hvorfor dette oppleves som et behov som er vanskelig å imøtekomme i LAR, men ikke andre steder.

Ivaretagelse av pasientenes *sosiale behov*, inkludert nettverk og relasjoner blir tatt opp som vanskelig å imøtekomme av en fjerdedel av respondentene i døgntilbud. Trolig er dette tema som poliklinikker og team jobber mer aktivt med enn hva døgnerheter gjør, men vi har sett av resultater tidligere i rapporten at for eksempel pårørendearbeid i større grad ønskes vektlagt av sykepleiere i døgnerhet (og av øvrige). Igjen kan det være et poeng for døgnerhetene å være mer orientert om pasientens helhetlige situasjon, og å jobbe mer aktivt med å bidra til å styrke denne.

Kosthold/ernæring er vurdert av drøyt en fjerdedel av ansatte i team som et område der det er vanskelig å imøtekomme pasientens behov for bistand. Kanskje er det overraskende at ikke flere oppgir dette som et utfordrende område, gitt at det var mange som snakket om temaet i intervjuene. Det samme er gjeldende for temaet *fysisk helse*. Dette oppgis som et område som i liten/ingen grad ivaretas av 34 prosent av de ansatte i poliklinikk. At fysisk aktivitet ikke nevnes blant fem på topp av ansatte i døgnerhet kan tyde på at pasienter som er i institusjon får bedre og mer jevnlig oppfølging av sin fysiske helse. Det er også interessant å merke seg at i intervjuene var temaet fysisk helse mye mer diskutert enn mange av de andre temaene som er nevnt her, og på tvers av type enhet man jobbet i. Blant annet fremhevet en informant som jobbet med ruspasienter at de møter store utfordringer knyttet til å ivareta pasientenes fysiske helsetilstand:

«Til oss nå, så kommer det flere pasienter med større og mer alvorlig fysisk sykdom, og mer omfattende tilretteleggingsbehov og hjelpebehov. Altså behov for pleie og omsorg. (...) Og pasienter hvor vi tidligere ikke kunne tilby behandling, må vi ta nå. Det er jo ikke det at vi ikke vil gi et tilbud, men der kommer vi til kort. Vi sliter med å dekke de behovene som de pasientene har. Både i form av personalsituasjon og midler vi har disponibelt, og måten vi er organisert på, og bygningsmasse for så vidt.»

Sammenfattet er det forholdsvis stort samsvar om områder der det oppleves som vanskelig å imøtekomme pasientenes behov. Det tyder på at disse områdene representerer generelle utfordringer for sykepleiere på tvers av feltet. Det kan videre se ut som sykepleiere i poliklinikk er den gruppen som i minst grad har problemer med å imøtekomme pasientenes behov, noe som stemmer overens med våre andre funn der sykepleiere i poliklinikk generelt sett framstår som mest fornøyd med arbeidshverdagen. Videre ser vi at det er svært få respondenter som svarer at de «ikke i det hele tatt» klarer å imøtekomme pasientenes behov. Ut ifra figurene ser vi at de fleste respondentene plasserer seg i «i liten grad»-kategorien. Det betyr at det er få sykepleiere som opplever at de overhodet ikke klarer å imøtekomme pasientenes behov, på de områdene vi har listet opp. Det er også verdt å merke seg at en del respondenter oppgir at temaene er uaktuelle, for eksempel gjelder dette både seksualitet, samliv og økonomisk veiledning (de største uaktuelle-kategoriene når vi tar hele utvalget i betraktning, ti til tolv

present). Vi vet ikke hvorfor respondentene mener at det er uaktuelt, men det kan handle om type stilling de har, eller hva de mener at sykepleiere bør holde på med.

3.4.1 Hvilke hindringer finnes for å imøtekomme pasientenes behov?

Vi ser altså at det er en god del av pasientenes behov sykepleierne synes blir for dårlig møtt. Hva slags hindringer finnes? I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmålet: «*Dersom du synes det er vanskelig å imøtekomme pasientenes behov, hvilke hindringer finnes, slik du ser det?*» 333 respondenter kommenterte i fritekstfeltet. Oppsummert viser resultatene at de udekkede behovene i svært liten grad knyttes til manglende kompetanse hos sykepleierne/medarbeiderne. Hindringene springer heller ut fra rammevilkår av ulik art, både lokalt og nasjonalt. Nedenfor har vi gruppert faktorer som sykepleierne opplever hindrer dem i å følge opp alle pasientens behov. Mange av faktorene henger nært sammen, men for å tydeliggjøre at de har blitt tatt opp som eget punkt presenterer vi dem hver for seg. Vi gjør oppmerksom på at vi ikke presenterer hindringene ut i fra hvor mange som har svart hva, men ut fra en mest mulig logisk rekkefølge.

- **Økonomi**
 - Krav om stor effektivitet og høy «produksjon», dvs. behandling av flest mulig pasienter.
- **Tidsmangel**
 - Stor arbeidsmengde og arbeidspress, krav til antall konsultasjoner og å hindre fristbrudd.
- **Arbeidsoppgaver som ikke er sykepleiefaglige eller er for «langt unna» pasienten**
 - For mange arbeidsoppgaver som skal gjøres, og en del av disse er ikke sykepleiefaglige (f.eks. tilberede måltid, renhold og rydding m.m.)
 - For mye tid brukt på dokumentasjon og byråkrati, for lite direkte pasientkontakt.
- **Intern organisering**
 - Alle yrkesgrupper er ikke tilgjengelige hele tiden (noen mangler f.eks. sosionom, ernæringsfysiolog osv.)
 - For dårlig bemanning, inkludert for mange ufaglærte.
 - For stor arbeidsdeling: Det er en fordel at forskjellige yrkesgrupper med spisskompetanse på et felt tar seg av spesifikke tema. Samtidig mister man som sykepleier en god del av relasjonene med pasientene når mange oppgaver utføres av andre yrkesgrupper.
 - For lite arbeidsdeling: For lite erkjennelse av at folk har forskjellig kompetanse, og alle skal gjøre det samme.
 - For trege beslutninger, bestemmelser gjøres kun på vurderingsmøter.
 - For dårlig kontinuitet hos team/behandlere.
- **Fysisk miljø**
 - Manglende arenaer for fysisk aktivitet, for lite fysisk aktivitet for pasientene.
 - For dårlige lokaliteter for familiesamtaler.
- **Behandlingsperspektiver og sykepleierfaglig kompetanse**
 - Det er krevende å skulle ha kunnskap på mange områder.
 - For lite fokus på kompetanseheving.
 - For lite oppmerksomhet på en del temaer (eks. seksualitet og juridiske rettigheter), og noen områder oppleves som litt tabu (eks. religion og eksistensielle og åndelige behov).

- Medisinskfaglige hensyn vektlegges i for stor grad (medisinering går foran å bruke tid med pasienten på å gjøre andre ting).
- For lite oppmerksomhet fra *andre* behandlere på somatikk.
- **Samhandling og eksterne forhold**
 - For dårlig samhandling med kommuner generelt sett.
 - Behov for bedre samarbeid med pasientens hjemkommune, inkludert alle tjenester (eks. psykisk helse, NAV og familievernkontor).
 - Manglende tilbud i pasientens hjemkommune (eks. kommunene har ikke nok boliger, tilbudet de kan gi er for dårlig, noe som medfører at pasienter ikke kan skrives ut).
- **Pasienter og pårørende**
 - For dårlig/for lite samarbeid med pårørende.
 - For lite pasient-/brukermedvirkning.
 - Pasienter som ikke er motivert for hjelp og som takker nei til behandlingstilbud.
 - Pasientenes økonomi (eks. betaling av egenandel kan være vanskelig).

Som vi ser trekker sykepleierne fram en rekke forhold som de opplever hindrer at pasientenes behov kan møtes i tilstrekkelig grad. Vi kjenner igjen mange av temaene fra tidligere i rapporten. Flere av hindringene omfatter klassiske rammebetingelser innen helsesektoren, og det er opplagt at de også vil påvirke utøvelsen av sykepleie innenfor psykisk helse og rusfeltet.

Økonomi nevnes hyppig som hinder for å møte pasienters behov. Temaet ble også trukket fram av sykepleiere i fokusgruppene, og er gjerne knyttet til at en opplever en svært travel hverdag der det er mange arbeidsoppgaver som skal utføres. I forlengelsen av dette finner vi temaet *tidsmangel*. Her rapporteres det om press om å gjennomføre et visst antall konsultasjoner per dag, og viktigheten av å hindre fristbrudd for behandlingen. Et annet tema er opplevelsen av å måtte gjøre mange arbeidsoppgaver som *ikke er sykepleiefaglige*. Dette har vi vært inne på tidligere – det at mange sykepleiere i døgnet reagerer på at de må lage mat og rydde, og at slike oppgaver oppleves å gå på bekostning av mer sykepleiefaglig kontakt med pasienten. Videre er det flere som trekker fram at mye tid går med til «byråkrati» og dokumentasjon. Vi har også sett tidligere at flere synes de bruker for mye tid på dokumentasjon av helsehjelp i pasientens journal. Dette er også et gjenkjennelig tema, der god sykepleie oppfattes som nær interaksjon med pasienten og ikke som «papirarbeid».

Videre nevnes en rekke faktorer som handler om *intern organisering* som hindre for å møte pasientenes behov. For noen handler det om at en på arbeidsplassen ikke har tilgang til alle typer profesjoner/hjelpetilbud. Noen mangler sosionom, andre ønsker seg ernæringsfysiolog og så videre. Mangel på forskjellige typer kompetanse blir dermed et hinder for god pasientbehandling. Også lav bemanning trekkes fram som en utfordring, samt at flere peker på at det er mange ufaglærte som jobber på feltet. Det hindrer faglig god oppfølging av pasientene. Både for stor og for liten arbeidsdeling blir videre nevnt som hindre for å imøtekomme pasientenes behov. Med for stor arbeidsdeling menes at yrkesgrupper med spisskompetanse på et område gjør alt arbeidet på det området, mens andre ikke slipper til. Et eksempel som nevnes er at sykepleiere ikke får gjøre «noe gøy» sammen med pasienten, for eksempel være sammen om fysisk aktivitet, fordi dette er overlatt til andre yrkesgrupper. Arbeidsdelingen frarøver således sykepleiere (og andre yrkesgrupper for den saks skyld) felles opplevelser med pasienten, noe som kunne bidratt til å skape en enda tryggere relasjon mellom sykepleier og pasient. På den annen side påpekes det også at for liten arbeidsdeling kan hindre god

oppfølging av pasienten. Argumentet er at på noen arbeidsplasser gjør mange ansatte med ulik faglig bakgrunn mye av det samme, og de får derfor ikke utnyttet sin spesialkompetanse. Det kan dermed se ut som det er viktig å finne en god balanse mellom generell pasientoppfølging og mer spesialisert yrkesutøvelse. Det vil trolig variere fra sted til sted hva som oppleves som en optimal balanse. Andre elementer innenfor kategorien intern organisering er en opplevelse av at det tar for lang tid å fatte beslutninger. Et eksempel som nevnes er at beslutninger bare fattes på vurderingsmøter, noe som hindrer behov for raske endringer i behandling/oppfølging. Til sist tas også opp utfordringen med for dårlig kontinuitet når det gjelder pasientens behandlere. Dette er et velkjent problem innen helse- og omsorgssektoren generelt, men nevnes i og for seg ikke ofte blant informantene/respondentene i denne studien. *Fysisk miljø* i avdelinger trekkes også fram som et hinder for å imøtekomme pasientenes behov. Dette er knyttet både til manglende arenaer for fysisk aktivitet for pasientene og for dårlige lokaliteter for familiesamtaler.

Et annet kategorihinder omhandler vektlegging av forskjellige *behandlingsperspektiver* i pasientbehandlingen og behovet for *kompetanse* hos personell. Vi skal gå nærmere inn på kompetanse og kompetansebehov i neste avsnitt. Det som særlig trekkes fram i denne kategorien er at det er krevende å skulle ha kunnskap på alle de områdene pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har behov for, for eksempel behov for økonomisk veiledning, kontakt med NAV m.m. I tillegg til manglende kunnskap som et problem, er også manglende oppmerksomhet på visse temaer et hinder for å imøtekomme pasientenes behov. Her nevnes særlig åndelige og eksistensielle spørsmål og religion, samt seksualitet og pasientenes juridiske rettigheter. Videre er det et hinder at det er for lite fokus på kompetanseheving for sykepleierne på feltet, hvilket vi skal komme tilbake til i mer detalj i kapittel 3.5. Det trekkes også fram at medisinskfaglige hensyn vektlegges i for stor grad, eksemplifisert ved at pasienten heller medisineres enn at helsepersonell bruker tid på gjøre andre ting/aktiviteter med pasienten. I kapittel 3.2.1 viste vi hvordan sykepleiere jobbet ut fra ulike faglige perspektiver og tradisjoner, og selv om det medisinskfaglige perspektivet ikke er det aller mest anvendte, er det et av perspektivene som svært få ikke bruker. Et siste poeng når det gjelder perspektiver og kompetanse som hindre er en erfaring med at helsepersonell – utover sykepleierne selv – ikke vektlegger pasientens somatiske tilstand i tilstrekkelig grad. Det medfører at pasientene ikke får god nok helsehjelp på alle områder han/hun har behov for.

Samhandling med andre deler av helse- og omsorg- og sosialsektoren er et annet kategorihinder vi finner. Denne omfatter et generelt for dårlig samarbeid med kommunene, og mer spesifikt nevnes behovet for bedre samarbeid med en rekke av tjenestene i kommunen. Igjen trekkes NAV fram, men også familievernkontor og psykisk helsetjeneste i kommunen er aktører de ønsker bedre samarbeid med. Et siste poeng er at noen erfarer at tilbudet pasientene får i kommunen er for dårlig. En kommenterer at pasientene fungerer greit når de er innlagt i sykehus, men tilbake i hjemkommunen fungerer de dårlig fordi kommunen for eksempel ikke har egnede boliger. Dette fører til at pasientene må legges inn i sykehus igjen.

Avslutningsvis nevnes også *pasienter og pårørende* som hindre for å imøtekomme pasientenes behov. I denne kategorien finner vi temaer som for dårlig og for lite samarbeid med pasienter og pårørende og for lite pasient-/brukermedvirkning i utforming av tjenestetilbudet. Den omfatter også utfordringen med pasienter som takker nei til tilbud, og dermed ikke får den hjelpen helsepersonell mener de bør ha. Til sist har noen erfart at pasienter ikke har råd til å betale egenandel for helsehjelpen og det blir et hinder for å få til et kontinuerlig behandlingsopplegg.

3.4.2 Oppsummering - pasientenes behov og den sykepleiefaglige kompetansen

I denne delen har vi redegjort for hva sykepleiere anser å være pasientenes behov og hvordan de selv erfarer å møte disse behovene. Vi har også sett på hva som gjør at de tidvis ikke klarer å imøtekomme pasientens behov. Oppsummert er det ganske stor enighet på tvers av feltet om hvilke områder de har *vanskeligst* for å imøtekomme pasientens behov på. Økonomisk veiledning er det området flest respondenter mener de i ingen/liten grad klarer å møte pasientenes behov. Videre er seksualitet og samliv og eksistensielle og åndelige behov områder der pasientenes behov ikke blir dekket godt nok, ifølge våre respondenter. Også arbeid og aktivitet, fysisk aktivitet, sosiale behov, kosthold/ernæring og fysisk helse nevnes i noe mindre grad som områder der sykepleierne har vanskelig for å dekke pasientenes behov.

I beskrivelsen av hindre for å imøtekomme pasientenes behov nevnes en rekke faktorer. Vi har ikke grunnlag for å si hvilke av disse som bør vektlegges mest, og dette vil også variere fra sted til sted. Til sammen gir likevel listen over hindre en oversikt over en rekke av de faktorene som påvirker hvilken helsehjelp sykepleierne er i stand til å gi.

3.5 Kompetanse- og kompetansebehov blant sykepleiere

En siste overordnet problemstilling i evalueringen har omhandlet behovet for kompetanseutvikling blant sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB. Målet har vært å belyse hvilke behov sykepleierne på dette feltet har for kompetanseutvikling. I gjennomgangen av resultatene ovenfor har vi allerede fått visse indikasjoner på hvilke områder sykepleiere har behov for økt kompetanse. Her går vi nærmere inn på temaet, både ved å se på hvordan sykepleierne følges opp på arbeidsplassen gjennom for eksempel veiledning, samt ved å vise hva slags temaer respondentene selv ønsker å lære mer om.

Som nevnt i beskrivelsen av utvalget (i metodedelene) har en stor andel av respondentene utdanning utover grunnutdanningen i sykepleie. 14 prosent har mastergrad og omlag tre fjerdedeler har, eller holder på med, videreutdanning. Sykepleiere innen psykisk helse og rusfeltet er altså en gruppe som skaffer seg mer kompetanse gjennom slike utdanninger, og hovedsakelig gjennom videreutdanning. Innen utvalget finner vi sykepleiere som har tatt den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid (783 respondenter, 38 prosent) og sykepleiere som har utdanning som psykiatrisk sykepleier (472 respondenter, 23 prosent). I intervjuene var særlig videreutdanning et tema, og da spesielt fordeler og ulemper med den «gamle» psykiatriske sykepleierutdanningen kontra den «nye» tverrfaglige utdanningen i psykisk helsearbeid. Mange var kritiske til at den gamle videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie ble avvirket til fordel for den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid, både av faglige og mer fagpolitiske grunner. Informantene fortalte om at de på noen arbeidsplasser hadde mistet tittelen som psykiatrisk sykepleier – nå var alle miljøarbeidere. Videre hevdet flere at siden sykepleiere på feltet ikke lenger har sin egen profesjonsspesifikke utdanning, har det ført til mindre synlighet for sykepleierne. Og ikke minst var flere svært kritiske til innholdet i videreutdanningen innen psykisk helsearbeid.

«Vi som sykepleiere har ingen spesialutdanning som er direkte linket til oss. Jeg har en del kolleger som har tatt videreutdanning i psykisk helsearbeid etter at jeg tok det selv, og når de da har jobbet i akuttpsykiatrien i noen år og tar denne videreutdanningen, så sier de, «dette er en videreutdanning som gir oss ingenting. Den gir oss ingenting, fordi den er blitt så utvannet». Og nå kan det hende de er spesiell fordi de har jobbet i akuttpsykiatri og har en del erfaring, men de møter folk som har aldri

har sett en psykosepasient, de møter folk som ikke har peiling på medisiner, på sykdomslære, sånne ting som vi er godt vant med. Og det er også med å vanne ut profesjonen vår.»

Mange av informantene i intervjuene trakk fram det samme poenget: Den tverrfaglige videreutdanningen er alt for generell, og for lite nyttig for sykepleiere – særlig de som allerede har en del erfaring. Det var imidlertid også mer positive holdninger blant informantene:

«Videreutdanningen har i alle fall hjulpet meg, og å jobbe i rus, psykisk helse og somatikk, i forhold til å stå i ting over lenger tid. Du har utdannet deg som sykepleier, du har lyst til å hjelpe, du har problemer å løse. Men det er en helt annen måte å jobbe på. Og det å lære seg måter å snakke og å skape relasjoner på, som jeg har hatt veldig god hjelp til fra studiet.»

Generelt sett var det enighet om at den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid framstår som svært ulik fra lærested til lærested, uten at det har ligget i denne evalueringens mandat å se på læreplaner ved de forskjellige lærestedene. I en nærmere drøfting av kompetansebehov vil det imidlertid være nyttig å se på hva sykepleiere lærer gjennom videreutdanningen(e) og hva de oppgir å ha behov for. Ut ifra våre funn kan vi bare fastslå at det er sprikende meninger om hvorvidt videreutdanningen i psykisk helsearbeid erfarer som nyttig. Et annet tema som ble tatt opp i tilknytning til videreutdanning var om en bør ha en felles videreutdanning for sykepleiere/ansatte innen psykisk helse og rus-feltet. Dette var et tema som ble diskutert i mindre grad, men hvor oppfatningen virket mer ensartet. Som en informant sa: «Den videreutdanningen som vi må ha, det er jo en felles. Det går ikke an å ha to. Altså, dette er jo de samme folkene. Hvor er de som har rust seg skikkelig i 15 år som ikke har psykiske problemer?»

3.5.1 Fagutvikling og veiledning på arbeidsplassen

Arbeidsplassen er en viktig arena for læring og fag- og kompetanseutvikling. Hvordan er så rammene og virkemidlene for å jobbe med fag-/kompetanseutvikling på denne arenaen? I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmål om respondentene har en egen *kompetanseutviklingsplan*. 41 prosent av de som besvarte spørsmålet svarte bekreftende på dette, mens 51 prosent svarte nei, mens åtte prosent ikke visste om de hadde en slik. 60 prosent svarte imidlertid at behovet for kompetanseutvikling jevnlig (årlig) blir tatt opp i dialog med leder, f.eks. i medarbeidersamtaler. Selv om mange dermed opplever at kompetanseheving er tema, er det likevel rom for å skape større systematikk i oppfølgingen av kompetansen til sykepleierne. I intervjuene var mange av informantene inne på at de syntes de fikk for dårlig støtte til kompetanseutvikling og læring. En av informantene uttalte:

«Jeg tenker at det er jo ikke veldig mange som vil ta i en sykepleier og si at «Ok, nå skal vi lage et karriereløp for deg, og vi satser på deg i forhold til utdanning». Det er ikke der i det hele tatt. Og det kommer heller ikke ovenfra. Vi har jo nailet psykologer i forhold til at de har permisjon, i forhold til å kunne fordype seg faglig. Vi har ikke en dag en gang, i forhold til det. Jeg prøvde meg en gang jeg, med å søke en dags permisjon for å lese. Niks. Det fikk jeg ikke.»

3.5.1.1 Veiledning

Veiledning på arbeidsplassen, inkludert sykepleiefaglig veiledning, kan ses på som et uttrykk for faglig oppfølging og utvikling. Totalt sett oppga like under halvparten av respondentene (48 prosent) at de får generell veiledning, mens 52 prosent oppgir ikke å få det. Når det gjelder sykepleiefaglig veiledning spesifikt, rapporterte 17 prosent (271 personer) at de får jevnlig sykepleiefaglig veiledning, mens 83

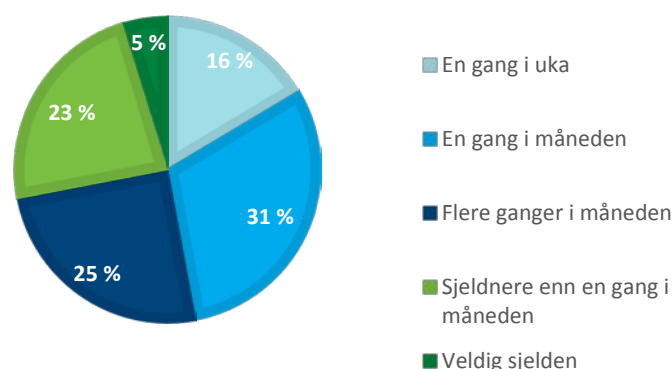
prosent (1283 personer) ikke får det. Det er altså et betydelig mindretall som får sykepleiefaglig veiledning. I intervjuene var den manglende sykepleiefaglige veiledningen også et tema. De fleste ønsker seg bedre veiledningstilbud, enten det nå er spesifikt sykepleiefaglig veiledning eller generell veiledning:

«Det jeg også etterlyser, og som jeg synes er alt for dårlig, det er dette med veiledningstilbud for oss som jobber innenfor psykisk helsevern. De gangene jeg har vært med og hatt det, så har det vært kjempenyttig. Altså, en ekstern veileder som ... Da tenker jeg virkelig på videreutdanning og videreutvikling når du har det, framfor sporadiske kurs.»

Utsagnet støttes av en annen av informantene som forteller at i løpet av de seks årene han har jobbet på akuttpost, «så har [han] ikke hatt en eneste strukturert ledelsesforankret veiledning. Kun debrifing etter alvorlige hendelser som suicid og utagering». Vi ser altså indikasjoner på at flere ønsker seg (mer) veiledning. Samtidig fortalte en sykepleieleder at hun hadde erfart at sykepleierne på hennes enhet ikke meldte seg på det veiledningstilbudet som eksisterte. Ut fra vår studie kan vi ikke si noe om hvorvidt det finnes tilbud som ikke blir benyttet, men alt i alt tyder våre funn på at det heller skorter på tilbud enn at det finnes for mange tilbud. En annen problemstilling knyttet til veiledning er erfaringen med at veiledningen i dag er mer tverrfaglig og generell enn spesifikt sykepleiefaglig, eksemplifisert ved dette utsagnet:

«Den sykepleierfaglige veiledningen (...) den utvannes jo. Det skal være tverrfaglig der også. Vi fikk metodespesifikk veiledning innenfor kognitiv terapi. Og da fikk vi en ekstern veileder som kostet masse penger, og som ikke hadde ... Det var en psykologspesialist som ikke hadde jobbet med psykoser. Vi har tatt opp dette nå og gått til ledelsen. Dette med at vi ønsker prosessveiledning. Sykepleiefaglig veiledning, nettopp for å beholde faget vårt.»

Vi har allerede sett at det er generelt sett færre som får sykepleiefaglig veiledning enn som får generell veiledning. I intervjuene framkom det at flere ønsket seg mer sykepleiefaglig veiledning for å ivareta faget sitt. Data fra spørreundersøkelsen støtter at det fra et slikt perspektiv kan være hensiktsmessig å øke andelen sykepleiere som får sykepleiefaglig veiledning.



Figur 39 Hvor ofte får du veiledning? Prosentandel av respondenter som får veiledning (N=920)

Ser vi på andelen av respondentene som oppgir å få veiledning (enten sykepleiefaglig eller generell), viser Figur 39 *hvor ofte* de får veiledning. Det vanligste er å få veiledning en gang i måneden (31

prosent). Nest vanligst er flere ganger i måneden (25 prosent). Nesten like mange (23 prosent) rapporterer at de får veiledning sjeldnere enn en gang i måneden. 16 prosent får veiledning en gang i uka, mens fem prosent får det veldig sjelden. Alt i alt viser undersøkelsen altså at når man først får veiledning, får man det som oftest jevnlig.

3.5.2 Tilgang til kurs og tilrettelegging for videreutdanning

Tema som ble mye diskutert i intervjuene var muligheten til å delta på kurs og tilrettelegging fra arbeidsgivers side til å ta videreutdanning. Sammenfattet hadde informantene varierte erfaringer med dette. De spente fra positive erfaringer der en opplevde at en hadde gode muligheter for å delta på kurs og videreutdanning til negative der en stadig vekk fikk høre at det ikke var økonomi til at en fikk gå på kurs. Det var uansett en felles mening om at "skal man være spesialisthelsetjeneste må man jammen meg få til oppdatering av kompetanse." Sitatet under er et eksempel på en sykepleier med positive erfaringer:

«Jeg tenker at vi har veldig store muligheter for å få veldig mange gode videreutdanninger og faglige kurs. Jeg synes det stadig vekk er snakk om at «nei, men vi har jo ikke penger, og vi har ingen kursbudsjett» og så videre, men min erfaring er likevel at det kommer veldig mye bra tilbud. Jeg har i alle fall fått utallige videreutdanninger i regi av kommunen- og helsedirektoratet.»

En annen uttalte «vi har veldig mye kursing internt, og sånne studiesirkler i teamet.» Det var altså flere som syntes de hadde gode muligheter for kompetanseheving i regi av arbeidsgiver. Samtidig var det mange som pekte på utfordringer for sykepleierne når det gjelder videreutdanning og kursing. Flere trakk fram at andre yrkesgrupper er prioritert framfor sykepleierne og har kompetanseheving/videreutdanning som en obligatorisk del av yrkesløpet. Dette gjelder både psykologer og leger. Og det kunne oppleves frustrerende og krevende:

«Hos oss i poliklinikken så går det jo på «hvem har rett til disse kurspengene?» Og de går jo til psykologene som skal være psykologspesialister og overleger, og så blir resten av kursbudsjettet fordelt på oss andre. Og da er det kanskje en i året som får lov å gå på noe. Og så får vi gjerne gå på det som er gratis og ikke koster så mye. Det er litt sånn.»

«Det jo en forskjell på yrkesgrupper. Ikke sant, psykologer går jo rett i spesialiseringsløp, uten at det stilles spørsmålsteget ved det en gang. Det liksom bare er sånn. Mens sykepleierne har ikke så greie løp å gå rett inn i.»

Foruten konkurransen om kursmidler med andre yrkesgrupper, pekte også flere på at det på grunn av turnus er vanskelig å få med seg kurs som går på dagtid. Som en sa: «særlig de som jobber kveld og natt og helg får i liten grad med seg det da.» Hun opplevde at det er lettere for sykepleiere i poliklinikk enn for henne som jobber på et døgntilbud å delta på ekstern undervisning, fordi «det er vanskeligere å komme seg fra en døgnavdeling enn å komme seg fra en poliklinikk. Og [det er] vanskeligere for mange å dra fra en poliklinikk samtidig, enn fra en døgnavdeling.» Slike rammebetingelser som arbeidstidsordning og type arbeidssted vil kunne påvirke mulighetene til kompetanseheving gjennom arbeidsplassen. Videre er naturligvis økonomien på arbeidsplassen en viktig faktor, som vi også var inne på over. Ut i fra vår undersøkelse kan vi ikke si noe generelt om hvorvidt økonomien har blitt dårligere over årene, men det var oppfatningen til flere av informantene:

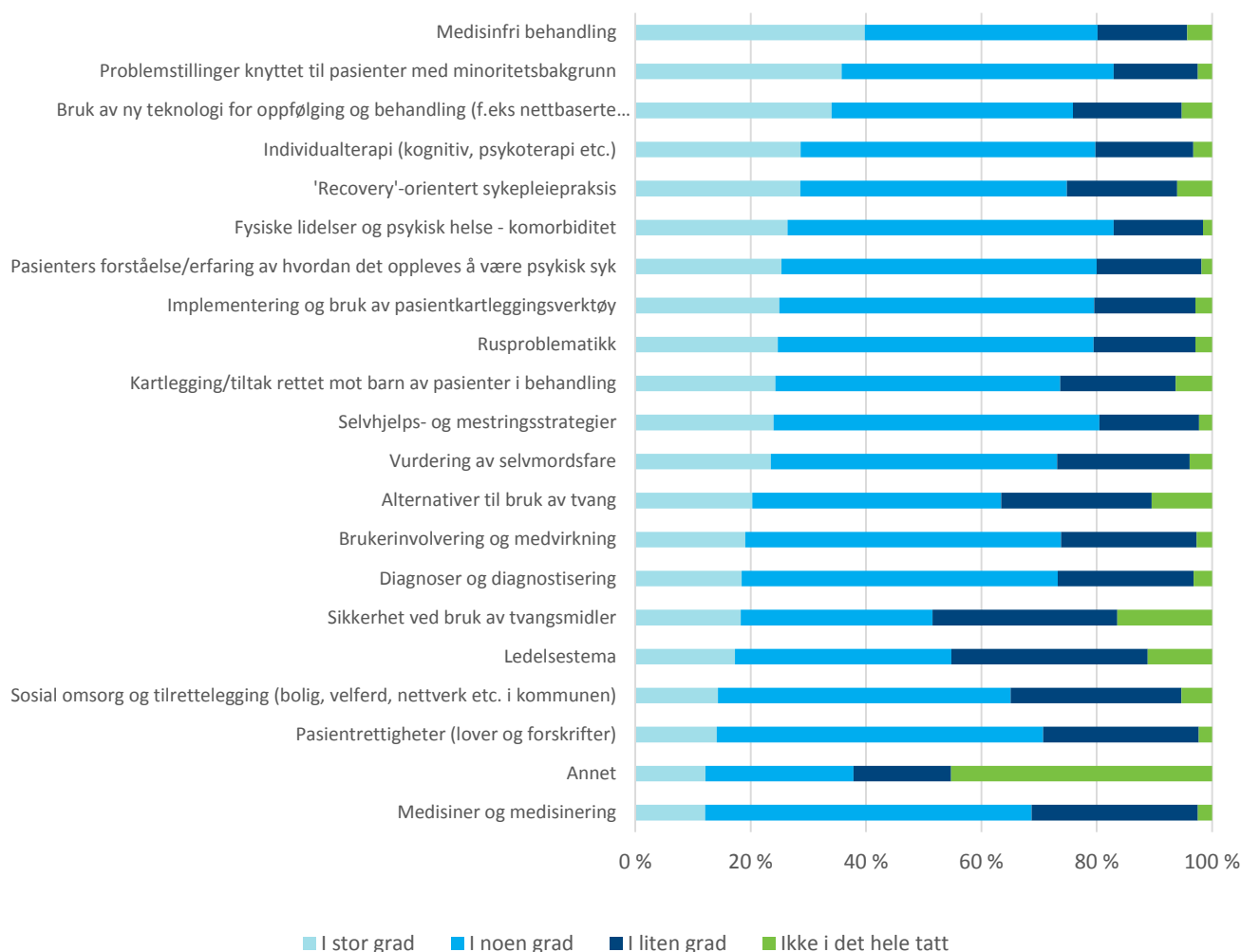
«Jeg sitter jo og jobber mye med akkurat det med å prøve å få til fagutvikling for et større sykehus, og det har skjedd noe de siste årene i forhold til økonomi og hva som er lett å få til, altså. Og det er ...

Jeg sier, stakkars de sykepleierne som ønsker seg en vanlig videreutdanning nå. Det er stor forskjell mellom i dag og bare for noen år siden, på hva du kan få til, altså. De fleste må kjempe hardt for å komme gjennom, og ta det meste på fritiden og jobbe dobbelt og jeg vet ikke hva, jeg.»

Det bildet som tegnes av informanten i det siste sitatet er ikke lystelig. Det er nødvendig med grundigere undersøkelser for å si noe om dette er representativt for alle helseforetak, men det var en rekke informanter som sa de hadde opplevd forverret økonomi de siste årene.

3.5.3 Kompetansebehov

Hva slags kompetanse er det så sykepleiere innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har behov for? I spørreundersøkelsen tok respondentene stilling til 20 temaer, og vurderte i hvilken grad de syntes de hadde behov for å lære mer om temaet. I tillegg kunne respondentene oppgi hva «annet» de eventuelt måtte ønske mer kompetanse om. I Figur 40 på neste side presenterer vi svarene for alle respondentene samlet. Vi har gjort analyser av om det er forskjeller mellom sykepleiere ansatt i psykiske helsevern og sykepleiere i TSB/kombinert psykisk helse og rusbehandling. Her fant vi signifikante forskjeller på kun tre spørsmål. Dette gjaldt for «*Problemstillinger knyttet til pasienter med minoritetsbakgrunn*», der sykepleiere i psykisk helsevern i større grad enn sykepleiere i TSB oppgir å ha behov for å lære mer om temaet (i stor/noen grad). Videre var det en signifikant forskjell mellom gruppene på spørsmålet «*Alternativer til bruk av tvang*» og «*Sikkerhet ved bruk av tvangsmidler.*» For begge disse områdene oppgir sykepleiere i psykisk helsevern å ha større behov for å lære om temaene enn sykepleiere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.



Figur 40 I hvilken grad har du behov for å lære mer om følgende tema? Alle respondenter, prosent (N=1497-1540)

De tre områdene som respondentene i størst grad ønsker å lære mer om når vi tar utgangspunkt i at de fleste svarer det de «i stor grad» har behov for å lære mer om er medisinfri behandling, problemstillinger knyttet til pasienter med minoritetsbakgrunn og bruk av ny teknologi for oppfølging og behandling (f.eks. nettbaserte løsninger). Å lære mer om *medisinfri behandling* er ønsket i stor grad av omlag 40 prosent av sykepleierne, mens like mange har behov for dette i *noen* grad. Det vil si at omlag åtte av ti sykepleiere innenfor psykisk helse/rusfeltet ønsker mer kunnskap om medisinfri behandling.

Å lære mer om problemstillinger knyttet til pasienter med minoritetsbakgrunn er rangert som nummer to. Ser vi på respondentene samlet har omlag 83 prosent i stor eller i noen grad behov for å lære mer om temaet. Dette er ett av de tre spørsmålene hvor det er forskjell mellom sykepleiere i psykisk helsevern og TSB. Blant respondentene i psykisk helsevern har 84 prosent i stor eller i noen grad behov for å lære mer om temaet, mens blant ansatte i TSB er det tilsvarende tallet 78 prosent. Analysene viste signifikant forskjell mellom gruppene der ansatte i psykisk helsevern i større grad enn ansatte i TSB oppgir behov

for å lære mer om temaet. Forskjellen mellom gruppene kan avspeile at man innenfor psykisk helsevern begynner å se flere pasienter som har kommet til Norge som flyktninger, og disse har i større grad enn etnisk norske pasienter utelukkende psykiske lidelser (mindre rusproblematikk). Behovet for å lære mer om utfordringer hos pasienter med minoritetsbakgrunn ble også tatt opp av flere av informantene i intervjuene. To sitater under eksemplifiserer dette, og viser særlig at språk og kommunikasjon blir krevende:

«Mitt behov for kompetanseutvikling, det er i forhold til flyktninger, asylsøkere, minoritetsgrupper som kommer inn med en helt annen kultur. Og det å få dem til å forstå dette med tolk, få inn riktig tolk som kan norsk. Og ikke minst det språket man skal tolke på. For her er det nyanser og store rom for misforståelser altså. Veldig.»

«Veldig mange av de nye psykiatriske pasientene, både med personlighetsforstyrrelser og psykoser og sånne ting, de er ikke norske, for å si det sånn. Og mange av dem, når de blir psykotiske - så glemmer de også det lille de kan av norsken som de har fra før av. For nå er de tilbake til krigen og alle mulig sånne opplevelser.»

Bruk av ny teknologi for oppfølging og behandling er rangert som nummer tre. Her viser figuren at omlag tre fjerdedeler i stor eller i noen grad har behov for å lære mer om temaet. En sykepleier ansatt i et team fortalte i ett av intervjuene at hun savnet å kunne holde kontakt med pasientene på en litt enklere måte enn via telefon:

«Dette med å holde kontakt med pasientene, mange av de unge er ikke hypp på å ringe. Det er skummelt. De har lyst til å sende en SMS, eller de har lyst til å skrive en melding. En chatmelding på Facebook eller whatever. Og det er ganske vanskelig. For man har jo en del regler, man har taushetsplikt, så det hemmer veldig. De har et helt annet behov enn vi klarer å møte. Jeg kommer med en brosjyre med hva jeg jobber med. De er jo ikke interesserte i det i det hele tatt. Så det er vanskelig. Jeg så det i sommer. Jeg har spilt så mye Pokemon GO for å få kontakt med folk og prate.»

Generelt viste Figur 40 at sykepleierne har behov for å lære om mange temaer. Det er ingen av de opplistede temaene som veldig få har behov for å lære om. En må ta med i betraktning at temaene er valgt fordi vi antok at det er temaer mange sykepleiere har behov for å lære mer om. De tre temaene respondentene har vurdert til å ha minst behov for å lære om er *medisiner og medisiner* (i stor eller noen grad behov for hos 70 og 65 prosent hos henholdsvis psykisk helsevern og TSB), *pasientrettigheter* (lover og forskrifter) (70-73 prosent) og sosial omsorg og tilrettelegging (*bolig, velferd, nettverk etc.*) (64-65 prosent).

Det er som påpekt små forskjeller mellom gruppene. Utover forskjellen når det *gjelder behovet for større kompetanse om problemstillinger* knyttet til pasienter med minoritetsbakgrunn, fant vi altså signifikante forskjeller mellom ansatte i psykisk helsevern og i rusbehandling kun på to andre spørsmål; begge knyttet til bruk av tvang. For kompetansebehovene *alternativer til bruk av tvang* og *sikkerhet ved bruk av tvangsmidler* finner vi at ansatte i psykisk helsevern har signifikant større sannsynlighet for å etterspørre kompetanse om disse temaene enn ansatte innenfor rusfeltet. Det er ikke overraskende, gitt at det er innenfor psykisk helsevern at tema bruk av tvang er mest aktuelt.

Ser vi videre på svarene i «annet»-kategorien, har 65 personer kommentert mer eller mindre utfyllende på hva de ønsker mer kompetanse om. Mange skriver at det alltid er behov for mer læring innen alle felt, og flere peker på at de ønsker generelt mer kunnskap om alt. Noen trekker fram ønske om mer

kunnskap innen spesifikke terapeutiske retninger, mens andre for eksempel ønsker større involvering (og mer lærdom) fra erfaringskonsulenter, i tillegg til mer kunnskap om kvalitetsutvikling og HMS-arbeid. Mange av temaene nevnes bare av en eller to personer. Avslutningsvis i dette avsnittet om kompetansebehov tar vi med et sitat fra ett av fokusgruppeintervjuene. Her argumenteres det også for større grad av erfaringskunnskap på feltet:

«Jeg tenker at vi som sykepleiere, vi som utdannet, vi kan ikke svare på en bedre måte enn det de [pasientene] selv. Altså, jeg har lyst til å få noen med brukererfaring som kollega jeg, som kan veilede meg og som jeg kan bruke som et litt sånn hemmelig våpen. Vi har en person ansatt i teamet vårt som har brukererfaring og har helseutdanning ved siden av, og bruker det der, og du store all verden ... dører blir åpnet.»

3.5.4 Oppsummering - kompetanse og kompetansebehov blant sykepleiere

I denne delen har vi sett på behovet for kompetanseutvikling blant sykepleiere som jobber innenfor psykisk helsevern og TSB. Studien har vist at sykepleiere på feltet er en gruppe hvor mange har en eller annen form for videreutdanning, først og fremst i tverrfaglig psykisk helsearbeid eller psykiatrisk sykepleie (før 1998). Den har også tydeliggjort at ganske mange av sykepleierne er kritiske til den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid fordi den oppleves å være for generell.

Arbeidsplassen er en viktig arena for læring, og omtrent halvparten av respondentene får veiledning på arbeidsplassen. Flere får generell veiledning enn spesifikk sykepleiefaglig veiledning, og flere ønsker seg mer av dette. Tilgangen til kurs og videreutdanning varierer. Det ser ut som det er en ganske god mulighet til å få gå på kurs om man vil. Men arbeidstidsordning og type arbeidssted (for eksempel døgnavdeling eller poliklinikk) påvirker hvor enkelt det er å delta på kurs. Funnene tyder på at det er langt vanskeligere å få støtte til videreutdanning i dag enn tidligere, noe som bekymrer informantene. Under Opptrappingsplanen i psykisk helse, som varte fram til 2008 var det satt av store midler som gikk til kompetanseheving både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Av spesifikke temaer respondentene har behov for (i stor grad) å lære mer om, finner vi medisinfri behandling øverst på lista. Deretter følger problemstillinger knyttet til pasienter med minoritetsbakgrunn som nummer to, og bruk av ny teknologi for oppfølging og behandling som nummer tre.

I det siste delkapitlet før diskusjonskapitlet ser vi på hvilke temaer sykepleierne i studien synes bør prioriteres for å styrke sykepleierrollen innenfor psykisk helsevern og TSB.

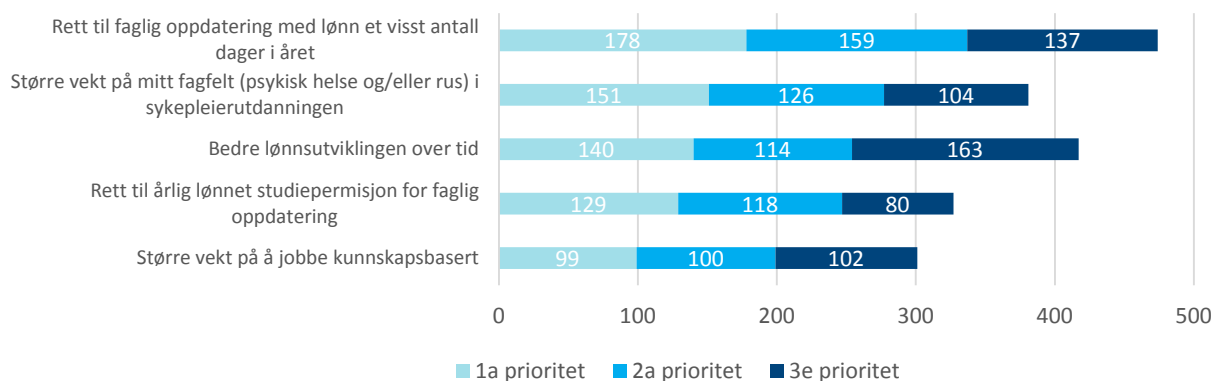
3.6 Videreutvikling av sykepleierrollen innenfor psykisk helsevern og TSB

Hvordan bør sykepleierrollen innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling utvikles i årene framover? Gjennom å undersøke de tre hovedtemaene/problemstillingene, presentert i resultatkapitlet, har vi data som tjener som utgangspunkt for å drøfte dette spørsmålet. Vi har imidlertid også stilt respondentene direkte spørsmål om hva de vurderer som de viktigste områdene i en videreutvikling av sykepleierrollen. Spørsmålet lød: «*Dersom du skulle prioritere de tre viktigste områdene for å videreutvikle sykepleierrollen på ditt felt (psykisk helsevern eller rusfeltet), hvilke områder ville du velge?*» Respondentene fikk valget mellom 14 kategorier, og i tillegg kunne de beskrive med fritekst om det var noe annet det ville prioritere høyt.

De 14 kategoriene var:

1. Sykepleiefaglig ledelse.
2. En særegen yrkestittel dersom man har videreutdanning innen psykisk helse og/eller rus.
3. Rett til årlig lønnet studiepermisjon for faglig oppdatering.
4. Rett til faglig oppdatering med lønn et visst antall dager i året.
5. Større vekt på mitt eget fagfelt (psykisk helse og/eller rus) i sykepleierutdanningen.
6. Større vekt på jobbe kunnskapsbasert.
7. Innføre spesifikke sykepleiefaglige kartleggingsverktøy.
8. Mer omfattende bruk av sykepleiediagnoser/sykepleiefaglig terminologi.
9. Generelt mer grundig dokumentering (av hva sykepleiere gjør for/med pasienten).
10. Tydelig utformede karrieresteg for sykepleiere.
11. Bedre lønnsutviklingen over tid.
12. Bruk av teknologi i oppfølging og behandling av pasienter.
13. Legge vekt på mer brukermedvirkning og involvering.
14. Mulighet for å ta masterkompetanse og forske på egen praksis.

I fremstillingen av resultatene på dette spørsmålet har vi delt respondentene inn i de samme fire gruppene som tidligere, basert på hvilken enhet man jobber i (døgnettenhet, poliklinikk, team eller LAR). For hver av gruppene presenterer vi de fem høyest prioriterte områdene, og også hvor mange som ga det spesifikke området høyest, nest høyest eller tredje høyest prioritet. Av de 14 mulige områdene å velge blant, er det kun syv områder som er rangert blant de fem viktigste hos alle respondentgruppene. Det betyr at det er ganske stor enighet blant respondentene om hvilke områder som bør prioriteres i den videre utviklingen av sykepleierrollen. Videre går vi først gjennom resultatene for hver av gruppene, før vi ser nærmere på fellestrekk og ulikheter på tvers av gruppene.

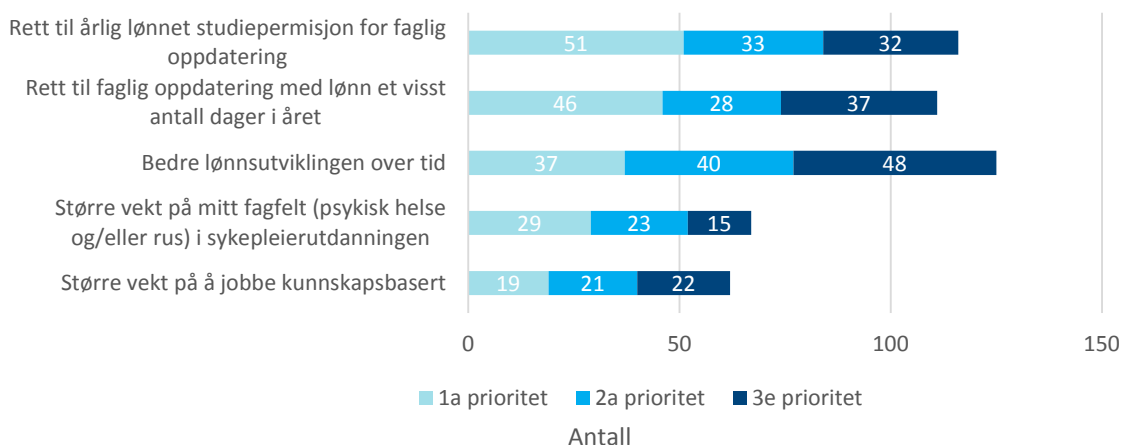


Figur 41 De tre viktigste områdene for å videreutvikle sykepleierrollen på ditt felt. De fem høyest prioriterte områdene. Ansatte i døgntilbud, antall (N=1012)

Figur 41 viser at ansatte i døgntilbud prioriterer *rett til faglig oppdatering med lønn et visst antall dager i året* høyest. 18 prosent har temaet som første prioritet, mens 16 og 14 prosent har det på andre og tredje prioritet. Det vil si at totalt 48 prosent har dette temaet som et av de viktigste.

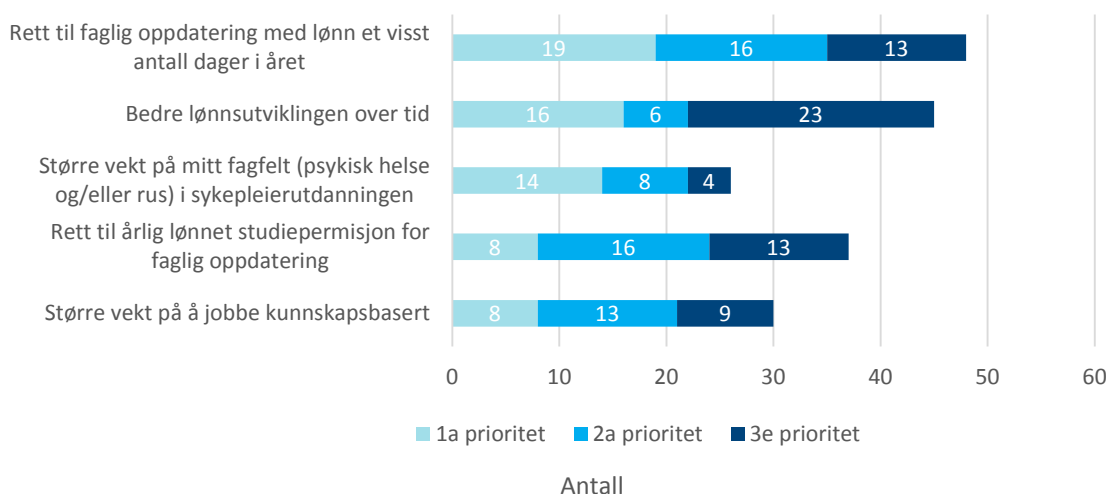
Tilsvarende tall for de andre områdene er at 38 prosent har *større vekt på mitt eget fagfelt* som en av de tre høyest prioriterte områdene, 41 prosent har *bedre lønnsutviklingen over tid* på sin topp tre

prioritering, 32 prosent mener *rett til årlig lønnet studiepermisjon for faglig oppdatering* er av de viktigste områdene, og 30 prosent mener *å jobbe kunnskapsbasert* er blant de tre viktigste områdene for å videreutvikle sykepleierrollen.



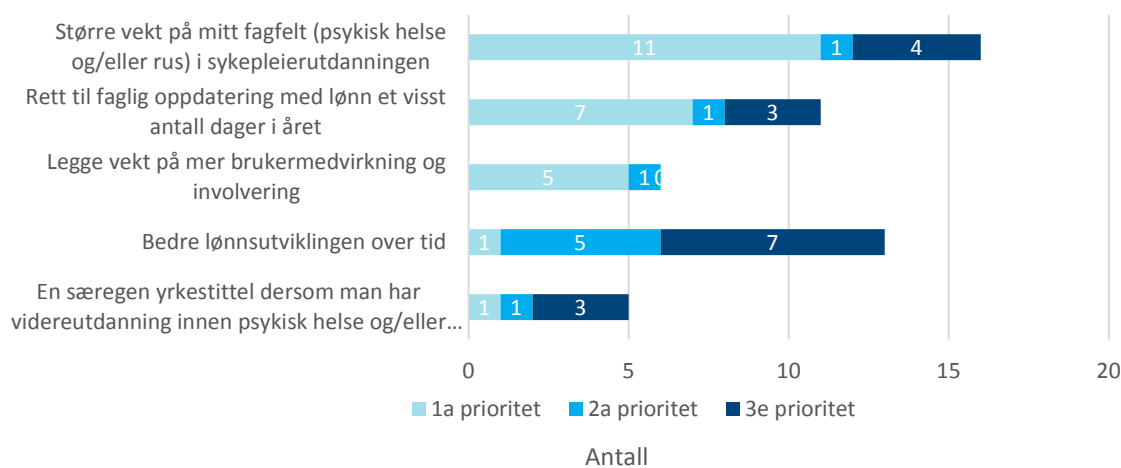
Figur 42 De tre viktigste områdene for å videreutvikle sykepleierrollen på ditt felt. De fem høyest prioriterte områdene. Ansatte i poliklinikk, antall (N=255)

Blant sykepleiere i poliklinikk har flest prioritert *rett til årlig lønnet studiepermisjon for faglig oppdatering*. 20 prosent har dette som førsteprioritet, mens 13 prosent har det på andre og tredje prioritet. Totalt har dermed 46 prosent temaet som ett av de tre viktigste temaene. Til sammenlikning var det tilsvarende tallet for ansatte i døgntilbud 32 prosent. De samlede tallene (prosentandel som har temaet blant sine tre høyest prioriterte områder) for de fire andre områdene er: *Rett til faglig oppdatering med lønn et visst antall dager i året*: 44 prosent, *bedre lønnsutviklingen over tid*: 49 prosent, *større vekt på mitt fagfelt i sykepleierutdanningen*: 26 prosent og *større vekt på å jobbe kunnskapsbasert*: 24 prosent.



Figur 43 De tre viktigste områdene for å videreutvikle sykepleierrollen på ditt felt. De fem høyest prioriterte områdene. Ansatte i ambulant akutteam/oppsøkende team (N=96)

Rett til faglig oppdatering med lønn er det temaet flest sykepleiere ansatt i akutteam/oppsøkende team har oppgitt blant sine tre høyest prioriterte områder. Det er det samme området som ansatte i døgntilbud også prioriterte høyest. 20 prosent prioriterte området som nummer 1, 17 prosent som nummer 2 og 14 prosent som nummer 3. Dette utgjør totalt 50 prosent av respondentene ansatt i team. De videre områdene som er prioritert høyest blant flest av sykepleierne er: *bedre lønnsutviklingen over tid*: 47 prosent, *større vekt på mitt fagfelt i sykepleierutdanningen*: 26 prosent, *rett til årlig lønnet studiepermisjon for faglig oppdatering*: 39 prosent og *større vekt på å jobbe kunnskapsbasert*: 31 prosent.



Figur 44 De tre viktigste områdene for å videreutvikle sykepleierrollen på ditt felt. De fem høyest prioriterte områdene. Ansatte i LAR, antall (N=29)

Respondenter ansatt i LAR er ganske få, så tallene her må tolkes forsiktig. Gruppen skiller seg noe ut fra de andre tre arbeidsstedene ved at LAR-ansatte prioriterer to temaer som ingen av de andre prioriterer. Ser vi på figuren fra toppen, ser vi imidlertid at flest respondenter prioriterer området *større vekt på mitt fagfelt i sykepleierutdanningen*, som også de tre andre respondentgruppene har rangert høyt blant de fem viktigste områdene totalt. Samlet setter 55 prosent av respondentene dette temaet enten som første, andre eller tredje prioritet. *Rett til faglig oppdatering med lønn et visst antall dager i året* er det nest høyeste prioriterte området blant LAR-respondentene. 38 prosent har temaet blant sine tre høyest prioriterte områder. Deretter følger temaet *legge vekt på mer brukermedvirkning og involvering*. Dette er ett av temaene som utelukkende prioriteres så høyt av ansatte i LAR. Omlag halvparten av respondentene prioriterer temaet enten høyest eller nest høyest. Å *bedre lønnsutviklingen over tid* er et område som også er blant de fem mest prioriterte.

Ser vi samlet på svarene på tvers av respondentgruppene, er det interessant å merke seg at det altså er stor enighet om hvilke områder som anses som viktigst. Ansatte i døgntilbud, poliklinikk og i oppsøkende team har alle vurdert de samme fem områdene som viktigst for å styrke sykepleierrollen, om enn rangert litt ulikt. Dette omfatter områdene (jf. liste over) (3) *rett til årlig lønnet studiepermisjon for faglig oppdatering*, (4) *rett til faglig oppdatering med lønn et visst antall dager i året*, (5) *større vekt på mitt eget fagfelt (psykisk helse og/eller rus) i sykepleierutdanningen*, (6) *større vekt på jobbe kunnskapsbasert* og (11) *bedre lønnsutvikling over tid*. Den siste gruppen, ansatte i LAR, har også vurdert større vekt på *eget fagfelt i utdanningen*, *rett til årlig studiepermisjon for faglig oppdatering* og *bedre lønnsutvikling* som de viktigste områdene. I tillegg har de oppgitt (11) *legge mer vekt på*

brukermedvirkning og brukerinvolvering og (2) en særegen yrkestittel dersom man har videreutdanning innen psykisk helse og /eller rus.

Faglig oppdatering med lønn og rett til årlig lønnet studiepermisjon er områder som vurderes som svært viktige av respondentene for å styrke sykepleierrollen. Dette samsvarer godt med funn vi presenterte i kapittel 3.5 om kompetanse og kompetansebehov. Her viste vi at mange sykepleiere erfarer at de (av ulike årsaker) ikke får deltatt på kurs, eller får mulighet til faglig fordypning innenfor arbeidstiden. Respondentenes høye prioritering av områdene *faglig oppdatering med lønn og rett til årlig lønnet studiepermisjon* bekrefter at kompetanseheving med lønn i arbeidstiden er et ønsket område å øke innsatsen på fra overordnet hold. I fritekstfeltet under spørsmålet om hva som skal til for å styrke sykepleierrollen på feltet ble det samme temaet kommentert. En skrev at «Sykepleiere, og andre med treårig sosial eller helsefaglig utdanning har på mitt arbeidssted ikke mulighet for å få permisjon til kurs/utdanning. Hverken lønnet eller ulønnet.» Dette er selvsagt ikke en ønskelig situasjon.

Bedre lønnsutvikling over tid er et annet tema som er høyt prioritert av alle respondentgruppene. Det er imidlertid interessant å merke seg at av de som har prioritert lønn høyt, har svært mange rangert det som sitt tredje høyest valgte område. Det viser at for mange er muligheten til *faglig utvikling* viktigere enn lønn. Samtidig er altså bedre lønn høyt på lista over områder der en bør gjøre noe for å videreutvikle sykepleierrollen. I intervjuene var det en oppfatning blant flere at mange sykepleiere gjør «akkurat det samme» som psykologer, men til en langt lavere lønn. Dette oppleves urettferdig.

Større vekt på eget fagfelt (psykisk helse/rus) i sykepleierutdanningen nevnes av alle respondentgrupper som en av de viktigste innsatsområdene for å videreutvikle sykepleierrollen på fagfeltet. Det er et tydelig signal om at sykepleierne på feltet ikke opplever at utdanningen prioriterer dette fagområdet høyt. Så kan det samtidig sies at mange kan ha en oppfatning om at enkelte tema ikke prioriteres høyt nok i utdanningen. Det er uansett interessant å se dette funnet i sammenheng med hva en sykepleier sa i et av intervjuene på spørsmål om hva som fører sykepleierrollen på dette feltet framover. Hun uttalte: «Det jeg skulle ønske var at utdanningen klarte å bygge en form for faglig selvforståelse, faglig selvtilit hos unge sykepleiere.» Hun kontrasterte sykepleiere mot sosionomer og ergoterapeuter som kom rett fra utdanningen og var «tøffe som stålspekk», mens sykepleierne manglet selvtilit og var usikre på hva som egentlig var deres kompetanse.

Større vekt på å jobbe kunnskapsbasert ble også vurdert som et område de bør jobbe mer med. Temaet er ikke nevnt på topp fem blant LAR-ansatte. Dette er et tema som – i likhet med mange andre temaer som er nevnt her – ikke er spesifikt gjeldende for sykepleiere på psykisk helse/rus-feltet. Funnet tyder likevel på et behov for å styrke kunnskapsbasert praksis på feltet, for derigjennom å styrke sykepleierrollen.

Til sist var det to temaer som kun ble prioritert blant de fem øverste av sykepleiere i LAR. *Mer vektlegging på brukermedvirkning og involvering* er nevnt av 15 av de 29 respondentene som viktig for å videreutvikle sykepleierrollen på feltet. Vi har tidligere i rapporten sett at LAR-ansatte var av dem som skåret lavest på brukermedvirkning, og samtidig den gruppen som i størst grad mener at en bør bruke mer tid på å sørge for at pasienten er delaktig i behandlingen og beslutninger. Videre nevnte LAR-respondentene at de ønsker en særegen yrkestittel for sykepleiere som har en videreutdanning innen psykiske helse og/eller rus. Men her er tallene svært små, og må tolkes meget forsiktig.

I spørreundersøkelsen stilte vi to fritekstspørsmål som også belyser hva som kan videreutvikle sykepleierrollen på feltet. Det ene spørsmålet lød «Hva er ditt innspill til hva som kan videreutvikle

sykepleierrollen på ditt felt.» 586 respondenter ga innspill på dette. Det andre lød «Har du noe å tilføye når det gjelder sykepleiernes rolle og ansvar innen psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling?» Her svarte 349 respondenter. En god del av kommentarene likner på de som ble gitt på spørsmål om hva som hindrer å møte pasientens behov, men har her motsatt – positivt – fortegn. Under har vi sortert innspillene i noen overordnede kategorier som delvis reflekterer temaene som har blitt tatt opp i rapporten:

- **Fag**
 - Større vekt på å jobbe med fag/pasienter og mindre tid på oppgaver som kan gjøres av personell uten helsefaglig kompetanse.
 - Utforske alternativer til medisinsk behandling; nye former for terapier.
 - Bedre data/dokumentasjonsmuligheter og opplæring i disse.
 - Bedre kartleggingsverktøy.
- **Større selvstendighet i sykepleierrollen**
 - Mer selvstendig rolle, større ansvar, mer tillit til den enkelte og mindre kontroll og målstyring.
 - Anerkjennelse av faget, trygghet og yrkesstolthet.
 - Få vedtakskompetanse.
- **Tverrfaglig samarbeid og ansvarsfordeling**
 - At man i større grad blir inkludert i behandlingsteam, blir mer hørt og anerkjent i faglige diskusjoner.
 - Bedre og tydeligere rollefordeling mellom de ulike yrkesgruppene, dvs. ha klare ansvarsområder og tydelig definerte arbeidsoppgaver.
- **Større stillingsbrøker**
- **Økonomisk- og annen kompensasjon**
 - Høyere lønn.
 - Muligheter for å stige i stillingssystemet (eks. et nivå over spesialutdanning) når man har tatt videreutdanning.
- **Grunnutdanningen**
 - Inkludere mer om psykisk helse/rus i grunnutdanningen.
- **Kompetanseutvikling/videreutdanning**
 - Mer spesifikk sykepleiefaglig videreutdanning.
 - Bedre videreutdanning.
 - Mer fokus på masterutdanninger og yrkestittel som reflekterer dette.
 - Kompetanseheving: mer kunnskap om div. emner gjennom kurs, undervisning, intern kunnskapsdeling, videreutdanning som ikke er masterutdanning.
 - Rett til permisjoner for faglig oppdatering, lønnet studiepermisjon.
 - Hospitering.
- **Personlig veiledning**
- **Mer FoU-aktivitet på arbeidsplassen**

- **Organisasjon og ledelse**
 - Ledere med helsefaglig bakgrunn (gjerne sykepleiefaglig).
 - Egen tittel for sykepleiere ansatt ulike steder på feltet (eks. egen tittel på rusfeltet), ikke profesjonsnøytrale titler.
 - Oppmuntre og belønne klinisk erfaring i større grad enn i dag.
 - Mye bedre samordning mellom TSB og psykisk helsevern.
- **Flere mannlige sykepleiere på feltet**
- **Mer positiv oppmerksomhet i media**

4 Oppsummering og diskusjon

Målet med studien vi har presentert i denne rapporten har vært å tydeliggjøre sykepleiernes bidrag innen psykisk helsevern og TSB. Følgende hovedtemaer har vært undersøkt:

1. Hvilket ansvar og hvilke oppgaver har sykepleiere innenfor psykisk helsevern og TSB?
2. Hvilke behov for sykepleiefaglig kompetanse hos pasienter i psykisk helsevern og TSB opplever sykepleiere i disse tjenestene at de dekker, herunder psykiske, fysiske, sosiale og eksistensielle behov?
3. Hva er behovet for kompetanseutvikling blant sykepleiere som jobber i psykisk helsevern og TSB?

I resultatdelen har vi tatt oss for oss temaene gjennom seks delkapitler, og i diskusjonen følger vi den samme rekkefølgen. Først oppsummerer og diskuterer vi sykepleieres ansvar og arbeidsoppgaver, deretter tar vi for oss i hvilken grad sykepleiere dekker pasientenes behov og til sist ser vi på behovet for kompetanseutvikling blant sykepleierne.

4.1 Ansvar og oppgaver blant sykepleiere i psykisk helsevern og TSB

Sykepleiere er en svært sentral yrkesgruppe i psykisk helsevern og TSB, og antall sykepleiere på feltet har økt også det siste tiåret. Både tidligere undersøkelser (Ådnanes & Sitter, 2007) og denne studien viser at en stor andel av sykepleierne på feltet har videreutdanning i en eller annen form. Denne sykepleiergruppen generelt, og utvalget i denne studien, har høy formell kompetanse. Vårt utvalg består også i stor grad av erfarne sykepleiere. Tre av fire har mer enn seks års erfaring fra det å jobbe i henholdsvis psykisk helsevern og/eller rusbehandling. Likevel tyder studien på at en rekke av sykepleierne strever litt med å definere sin rolle; hva som er særegent for dem som gruppe. Vi fant blant annet at en del sykepleiere synes det er vanskelig å beskrive hva som er deres spesifikke kompetanse på feltet og som skiller sykepleiere fra andre yrkesgrupper. Dette stemmer godt overens med hva Varsi (2010) fant i sin studie av psykiatriske sykepleieres bidrag i et akutt døgntilbud i spesialisthelsetjenesten. Varsis informanter opplevde eget bidrag i tverrfaglig samarbeid som utydelig, og at det var vanskelig å synliggjøre egen profesjon i det tverrfaglige arbeidet. På den annen side, og i kontrast til dette uttrykte flere av informantene i vår studie ingen problemer med å sette ord på hva som er kjernekompetansen til sykepleiere på feltet. I beskrivelsen av denne brukte de hovedsakelig begrep som, «å se hele mennesket», «kartlegging» og «relasjonskompetanse.»

Det er relevant å se disse funnene i lys av Karlsen og Kims (2015) studie som viste at sykepleiere i kommunalt psykisk helse og rusarbeid forstår sitt mandat relativt fritt. Vår studie viser at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten også opplever rollen som relativt åpen for hvordan den skal utformes. Det kan være positivt. Hovedinntrykket fra vår studie er likevel at denne rolleflexibiliteten erfares negativt av flere, blant annet ved at rollen blir utydelig, som pekt på over, og at en opplever å måtte gjøre oppgaver som ikke er sykepleiefaglige. Andre informanter beskrev rollen sin som tydelig definert, men at den ikke ble praktisert som beskrevet «på papiret». Begge deler er lite gunstig for utvikling av profesjonsidentiteten.

Sykepleieres rolle og ansvar defineres og forhandles fram i samspill med andre yrkesgrupper på feltet. Studien har vist at sykepleierne generelt sett mener de har stort ansvar på arbeidsplassen, særlig gjelder dette ved poliklinikker. Teamarbeid er sentralt innen psykisk helsevern og TSB, og sykepleiere jobber

ofte sammen med andre yrkesgrupper i tverrfaglige team. Funn fra både fokusgruppeintervjuene og spørreundersøkelsen viste imidlertid at mange sykepleiere ikke alltid opplever at deres bidrag i det tverrfaglige samarbeidet anerkjennes. Særlig ble forholdet til psykologene framhevet. Det har blitt stadig flere psykologer ansatt i spesialisthelsetjenesten, og mange av sykepleierne i studien erfarte at de oppgavene sykepleierne tradisjonelt har gjort blir overtatt av psykologer, samt at psykologer/psykologspesialister (eller lege/psykiater) må godkjenne sykepleiernes vurderinger. Dette utvanner og fratrar sykepleierne ansvar, ble det hevdet. Dette er i tråd med argumenter om at psykisk helsefeltet preges av (to) profesjoner som har makt til å definere andre profesjoner (sykepleiere), og «hva som er gyldig kunnskap, og slik kunne innta posisjoner øverst i et makt- og kunnskapshieraki» (Karlsson, 2011).

Samtidig viser vår studie at sykepleiere i all hovedsak (i stor/i noen grad) føler seg respektert og hørt på arbeidsplassen, at det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt og at man utveksler erfaring og kompetanse mellom yrkesgruppene for å bedre tjenestetilbudet. Det er likevel verdt å merke seg at det er en misnøye hos flere sykepleiere knyttet til at de opplever for liten anerkjennelse for hva de gjør, og at arbeidet de gjør i praksis ikke reflekteres i formelt ansvar. Videre trakk flere fram at de i liten grad får kompensasjon for det arbeidet de utfører, for eksempel i form av lønn eller studiepermisjon.

I studien har vi undersøkt andelen tid sykepleierne bruker på direkte pasientkontakt (Figur 10 i kap. 3.1), samt hvor ofte sykepleiere gjør ulike arbeidsoppgaver (kap. 3.2). Det varierer hvor mye pasientkontakt sykepleierne har, ut ifra hvor de er ansatt. Sykepleiere i døgntilbud i psykisk helsevern er en stor respondentgruppe som bruker mye tid på direkte pasientkontakt. Videre fant vi at sykepleiere i flere typer team, i bolig og i døgntilbud bruker mer tid på direkte pasientkontakt enn sykepleiere i forskjellige typer poliklinikker og i LAR. Det er ikke overraskende at sykepleiere i døgntilbud har mye pasientkontakt. Det er imidlertid interessant å se om et stadig større press på å ha flere konsultasjoner per behandler i poliklinikker vil gi utslag i form av økt tid brukt på direkte pasientkontakt. Det har allerede vært stor aktivitetsvekst i poliklinikker i psykisk helsevern siden 1998 (Helsedirektoratet 2016), men respondentene i poliklinikkene bruker likevel mindre tid på direkte pasientkontakt enn sykepleiere i døgntilbud.

Sykepleierne på feltet gjør en lang rekke varierte arbeidsoppgaver, noe som også vises i andre studier (jf. Karlsson og Kim 2015, Varsi 2010). Av de 32 arbeidsoppgavene vi har gjennomgått i denne rapporten bruker sykepleiere mye tid (utfører arbeidsoppgaven «svært ofte» eller «ofte») på å gjøre observasjon av pasientenes psykiske helse og kartlegge og vurdere rusproblematikk, samt gjennomføre tiltak ved rusproblematikk. Sistnevnte gjøres naturlig nok i vesentlig større grad blant ansatte i rusbehandling. Andre arbeidsoppgaver som gjøres hyppig av begge grupper er oppfølging av ulike behov for sykepleie, administrering av medisiner, dokumentasjon av behandling, og samhandling med andre aktører, både internt og eksternt. I tillegg er det mange sykepleiere som jobber med å motivere pasienten, og som taler pasientens sak i tråd med lover og forskrifter, samt sørger for at pasienten er delaktig i behandling og beslutninger. Sammenfattet støtter resultatene fra spørreundersøkelsen inntrykket fra intervjuene av at sykepleierne gjør mange og varierte arbeidsoppgaver.

Av de oppgavene færrest sykepleiere gjør svært ofte/ofte kan vi trekke fram ivaretagelse av pasientens trygghet og sikkerhet ved fastvakt og skjerming, hvilket er en oppgave som hovedsakelig er aktuell ved døgnenheter. Videre fant vi at identifisering av særlige behov hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn heller ikke er en oppgave som gjøres særlig ofte av mange. Dette gjøres imidlertid i større grad ved psykisk helsetilbud enn i rusbehandling, og reflekterer nok at innslaget av fremmedkulturelle

er relativt større i psykisk helsevern enn i rusbehandling. Vi ser også at fokus på fremmedkulturell bakgrunn er noe man ønsker å legge mer vekt på, noe vi kommer tilbake til.

Også når det gjelder deltakelse i utforming av Individuell plan viser vår studie relativt liten aktivitet blant sykepleierne. Dette bekrefter bildet vi får fra en rekke studier som viser at i vesentlig mindre grad utarbeides og brukes enn vi kan forvente ut fra at dette er en rettighet mange pasienter har (Bjerkan et al. 2011, Ose, Ådnes, Pettersen 2014, Holum, 2012). Derfor er det også overraskende liten andel av sykepleierne som ser behov for økt innsats på dette området.

Vi undersøkte også hvilke oppgaver sykepleierne synes det er behov for å gjøre mer av for å imøtekomme pasientenes behov. Her fant vi et generelt mønster hvor sykepleiere i team og poliklinikk i mindre grad enn sykepleiere i døgntilbud og LAR mener det er behov for å gjøre mer av enkelte arbeidsoppgaver. Vi tolker det til at sykepleiere i poliklinikk og team er mer tilfreds med omfanget av de oppgavene de gjør, mens for døgntilbud kan det være større behov for endringer i arbeidsoppgaver. Antall respondenter i LAR er såpass få at det er vanskelig å trekke generelle slutninger om den sykepleiergruppen.

Av konkrete oppgaver respondentene særlig ser behov for å gjøre mer av (hvor gjennomsnittlig halvparten eller flere mener de bør gjøre mer), fant vi at dette gjaldt for alle oppgavene innenfor kategorien pårørendekontakt. Sykepleierne ser behov for i større grad å ha samarbeid med pasientenes pårørende/nettverk, gi mer informasjon og undervisning til pårørende om psykisk helse, rus, psykisk lidelse og behandling, og gjøre mer av kartlegging/tiltak rettet mot barn av pasienter med behandling. Behovet for å involvere pårørende i større grad enn i dag uttrykkes altså tydelig i denne studien. Videre viste funnene at ivaretagelse av pasientens medvirkning i behandlingen også er en oppgave mange mener det er behov for å gjøre mer av. Dette kan forstås som et ønske om å øke pasientens innflytelse på egen behandling, noe som svarer godt på utfordringen det er at pasienter med psykiske/ruslidelse i sykehus i for liten grad har medvirkning og innflytelse på valg av behandlingsopplegg (Kjølleddal og Iversen 2014; Hod/Meld st.11 2015/nasjonal helse- og sykehusplan). Til sist fant vi også at identifisering av særlige behov hos pasienter med fremmedkulturell bakgrunn samt å legge til rette for fysisk aktivitet er oppgaver respondentene synes det bør gjøres mer av, slik at pasientenes behov blir møtt i større grad.

Det er som nevnt et fåtall arbeidsoppgaver mange respondenter mener det er behov for å gjøre *mindre* av. I tillegg svarte et fåtall respondenter at de blir tillagt oppgaver som ikke hører inn under eget ansvarsområde. Den eneste oppgaven som skilte seg ut var å dokumentere helsehjelpen i pasientens journal. I sin studie av idealer og realiteter i utøvelsen av sykepleieryrket viser Christiansen og Bjørk (2016) til et eksempel med en nyutdannet sykepleier som opplever at idealet om direkte pasientkontakt hun hadde med seg fra utdanningen ikke stemte med «den virkelige sykepleieverdenen» der de måtte bruke mye tid på dokumentasjon. Gitt at det er et lovkrav å dokumentere helsehjelp kan vi spørre oss om idealene i utdanningen kanskje bør justeres for bedre å speile virkeligheten. Samtidig er det et signal fra sykepleierne i studien om at de synes de må bruke for mye tid på dokumentasjon.

4.2 Hvordan dekker sykepleierne pasientens behov?

Pasienter i psykisk helsevern og TSB kan ha mange og komplekse behov. Sykepleiere er en yrkesgruppe – blant flere andre – som skal svare på disse behovene. I rapporten har vi presentert de fem høyest rangerte områdene der sykepleierne synes det er vanskeligst å imøtekomme pasientenes behov på tvers av arbeidssted. Respondentene kunne velge mellom 13 forskjellige områder. Det er et forholdsvis stort

samsvar på tvers om man er ansatt i døgntilbud, poliklinikk, oppsøkende team eller LAR. Økonomisk veiledning vurderes som et område hvor en stor andel sykepleiere dårlig (ikke i det hele tatt/i liten grad) klarer å imøtekomme pasientenes behov. Videre er seksualitet og samliv og eksistensielle og åndelige behov trukket fram som områder der pasientenes behov blir for lite møtt av respondenter i alle fire grupper. Arbeid og aktivitet, samt fysisk aktivitet er nevnt av to av gruppene som områder der det er vanskelig å imøtekomme pasientenes behov. Områder som er nevnt fra kun en respondentgruppe er ivaretagelse av pasientens sosiale behov, inkludert nettverk og relasjoner, kosthold/ernæring og fysisk helse. Det er altså mange områder som respondentene vurderer det til at er vanskelig å imøtekomme pasientenes behov. De områdene som ble vurdert til at det var minst problem å imøtekomme pasientenes behov var psykisk helse, rusutfordringer, kommunikasjon og samtale og søvn/hvile/velvære. At dette er de minst problematiske områdene samsvarer med at de representerer hovedområdene og de primære behovene som skal dekkes og at det på disse områdene settes inn flest ressurser. Videre vet vi fra tidligere studier at individuell samtaleterapi er det vanligste behandlingstiltaket for pasienter både i psykisk helsevern og TSB (Ose & Pettersen, 2014 a,b; Ose, Ådnanes & Pettersen 2014), noe som bidrar til å forklare hvorfor respondentene mener at behovet for kommunikasjon og samtale blir godt ivaretatt.

Pasienter i psykisk helsevern og TSB har vesentlig kortere levealder enn resten av befolkningen, noe som forskning viser at blant annet skyldes at disse pasientene blir underbehandlet for somatiske lidelser (Mitchell et. al 2012). Studien vår tyder på at sykepleierne stort sett mener at pasientens fysiske helsebehov blir ivaretatt i stor/noen grad. Særlig gjelder dette i døgnetenhet. Sykepleier i poliklinikk og i LAR mener i større grad at fysisk aktivitet er et område som ikke ivaretas i tilstrekkelig grad. Sykepleiere i poliklinikk rangerer fysisk aktivitet blant de fem områdene som de i minst grad klarer å imøtekomme behov på. Ut i fra vår studie ser det dermed ut til at fysisk helse er et område som sykepleierne særlig i døgnetenhetene jobber godt med, men vi kan ikke si noe om hvordan annet helsepersonell (eks. leger) jobber med dette området. I beskrivelsen av hva som kjennetegner sykepleierrollen på feltet var det mange sykepleiere som trakk fram kunnskap om fysisk helse, og særlig evnen til å se psykisk og somatisk helse i sammenheng som deres særegne kompetanse.

Vår studie viser at sykepleierne dekker mange av de områdene pasientene har behov for som faller inn under de mer overordnede og tradisjonelle kategoriene (psykisk helse, rusutfordringer, kommunikasjon og samtale og søvn/hvile/velvære). Samtidig så vi at seksualitet og samliv, samt eksistensielle/åndelige behov og til dels fysisk aktivitet også er nevnt som områder der det er behov for større innsats de fleste steder. Hvorfor er det slik at disse områdene ikke blir godt nok fulgt opp? I intervjuene antydes det at områdene er tabubelagte og vanskelige å snakke om. Religion har for eksempel historisk sett vært et tabu innenfor psykiatrien, men det kan være nødvendig å inkludere temaet i oppfølgingen av noen pasienter, gitt at det er et tema av stor betydning for dem (Ringstad, 2014).

De fleste av pasientene innen psykisk helsevern og TSB har sammensatte behov. Det betyr at de også har behov for blant annet økonomisk veiledning og oppfølging knyttet til arbeid og aktivitet. Dette er oppgaver som sykepleiere generelt sett er mindre/lite trent i å jobbe med. Det store omfanget av behov som skal dekkes aktualiserer spørsmålet om arbeidsdeling og ansvar. Hvilke faggrupper skal ha ansvar for hva? Uansett viser studien at sykepleierne opplever at pasientene har udekkete behov som særlig er knyttet til økonomisk veiledning, seksualitet og samliv, eksistensielle og åndelige behov, arbeid og aktivitet, samt fysisk aktivitet.

Spørreundersøkelsen avdekket en rekke faktorer som respondentene ser som hindre for at de skal klare å imøtekomme pasientenes behov. Disse omfatter økonomiske forhold som krav om effektivitet og

behandling av flest mulig pasienter. I forlengelsen av dette ble tidsmangel, stor arbeidsmengde og høyt arbeidspress nevnt. Sykepleierne opplever at det er en rekke arbeidsoppgaver som skal utføres i løpet av arbeidsdagen, og det er behandlingsfrister som skal overholdes. Videre fant vi at respondentene syntes at noen av arbeidsoppgavene de har ikke faller inn under det de forstår som sykepleiefaglige oppgaver, og at for mye tid blir brukt på for eksempel matlaging og rydding, men også på oppgaver knyttet til dokumentasjon og «byråkrati.»

Forskjellige elementer av intern organisering på arbeidsplassen kan også være til hinder for å møte pasientenes behov. Dette omfatter faktorer som for eksempel for lav bemanning, for mange ufaglærte, liten tilgang til personell med nødvendig kompetanse, for stor - eller for liten - arbeidsdeling og for dårlig kontinuitet i behandlingsskjeden. Også det fysiske miljøet kan være et hinder, for eksempel kan det være dårlig tilrettelagt for at pasientene kan drive med fysisk aktivitet. Kompetanse og faglige perspektiver er en annen kategori hindre. Her ble det trukket fram at det er krevende å skulle ha kunnskap på så mange områder som pasientene har behov for, og det er for lite fokus på kompetanseheving. Det er også en del områder (eks. seksualitet og samliv) som får for lite oppmerksomhet (jf. over om behov som blir dårlig dekket). Videre synes noen at det medisinske perspektivet vektlegges på bekostning av andre faglige perspektiver. Samhandling med kommuner og tilbudet som gis i kommunene er også faktorer som blir sett på som hindre. Det er mye samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, men den fungerer ikke alltid optimalt, og det er rom for forbedring. Sist, men ikke minst, ble for lite og for dårlig samarbeid med pårørende og for lite pasient-/brukermedvirkning trukket fram som hindre. Større involvering av pasienter og pårørende er områder der sykepleierne synes det er behov for større innsats, det så vi også tidligere i studien. Det er altså en høy bevissthet omkring behovet for større involvering av både pasienter og pårørende for å lage et godt behandlingsopplegg for pasientene.

4.3 Behov for kompetanseutvikling

Det vil alltid være behov for kompetanseutvikling i en helsetjeneste som er i kontinuerlig endring, og vi så ovenfor at manglende fokus på dette var av noen sett på som et hinder for å imøtekomme pasientenes behov. I studien har vi undersøkt hva slags kompetanseutviklingstiltak som eksisterer på arbeidsplassen i form av veiledning og fagutviklingstilbud, og hva slags muligheter sykepleierne har til å ta kurs, videreutdanning m.m. utenfor arbeidsplassen. Generelt sett så vi at sykepleierne gjerne sammenlikner sine muligheter for kompetanseutvikling med psykologer og leger. Sammenliknet med disse gruppene er sykepleierens tilbud usystematisk i form av dårligere rammebetingelser og mindre formulerte planer for deres videre karriere. Behovet for kompetanseutvikling ble tatt opp i medarbeidersamtaler for omlag 60 prosent av respondentene.

Faglig veiledning, enten generell eller sykepleiefaglig veiledning er et viktig tiltak for å reflektere rundt og utvikle praksis. Omlag halvparten av respondentene i studien fikk generell veiledning, mens kun 17 prosent fikk sykepleiefaglig veiledning. Studien tyder på at mange sykepleiere ønsker seg mer veiledning, og aller helst sykepleiefaglig veiledning. Det kan være et viktig tiltak for å styrke bevisstheten om egen rolle og kompetanse. Oppfatningene om muligheter til å gå på kurs eller ta videreutdanning fant vi at varierte blant sykepleierne i studien. Noen mente de hadde svært gode muligheter til kompetanseheving gjennom ulike kurs, men den mest dominerende holdningen var likevel at andre yrkesgrupper ble prioritert før sykepleierne når det gjaldt å få delta på kurs, og at turnusarbeid gjorde det krevende å delta – særlig for sykepleiere på døgnenheter. Sykepleierne i

fokusgruppeintervjuene var svært engasjert når det gjaldt spørsmål knyttet til den tidligere psykiatriske sykepleierutdanningen og den tverrfaglige videreutdanningen i psykisk helsearbeid som overtok fra 1998. Mange av respondentene var svært kritiske til dagens tverrfaglige videreutdanning, med begrunnelsen at den er for generell og for lite nyttig for sykepleiere. Også Helsedirektoratet (2011) har pekt på det samme i sin rapport Kvalitet og kompetanse, der det sies at en felles videreutdanning trolig har ført til en svekkelse av den spesifikke fagkunnskapen hos de enkelte yrkesgrupper. Erfaringene var imidlertid også at utdanningen varierer stort fra lærested til lærested. Tidligere forskning har også vist at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten som tok videreutdanningen var vesentlig mer kritiske til denne utdanningen enn sykepleiere i kommunalt psykisk helsearbeid (Ådnes & Harsvik, 2007), noe som trolig reflekterer ulike tradisjoner. Ulike oppfatninger om den tverrfaglige videreutdanningen kan ses på som en speiling av de ulike sykepleierens forståelse av sitt mandat og rolle.

I studien undersøkte vi også hvilke konkrete kompetansebehov respondentene hadde. De hyppigst oppgitte temaene som respondentene «i stor grad» hadde behov for var medisinfri behandling, problemstillinger knyttet til pasienter med minoritetsbakgrunn og bruk av ny teknologi for oppfølging og behandling. Alle temaene kan sies å reflektere utviklingstrekk i dagens helsevesen. Når det gjelder medisinfri behandling, har Helse- og omsorgsdepartementet gitt RHF-ene i oppdrag å etablere medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling ved sine sykehus. Dermed skal pasienter i psykisk helsevern så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstilbud, herunder medikamentfritt tilbud.² Behovet for å lære mer om slik behandling ser vi uttrykt i svarene fra sykepleierne. Pasienter med minoritetsbakgrunn vil i årene som kommer utgjøre en større andel av pasientene i psykisk helsevern og TSB, og det vil bli økende behov for å ha kunnskap om særlige problemstillinger knyttet til denne gruppen. Bruk av teknologi, både for kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell og i behandlingsøyemed, er et helt sentralt område i tjenesteutøvelsen generelt i helsesektoren framover, og psykisk helsevern er ikke noe unntak. Det vil derfor vært store behov for mer kunnskap om hvordan man kan utnytte de teknologiske mulighetene som allerede finnes, og de som er under utvikling.

4.4 Videreutvikling av sykepleierrollen innenfor psykisk helsevern og TSB

Spørreundersøkelsen ga oss svar på hvilke områder respondentene selv ser på som viktigst (og minst viktige) for å videreutvikle sykepleierrollen innenfor psykisk helsevern og TSB. Analysene viste at det var ganske stort samsvar på tvers av respondentenes arbeidsteder omkring hvilke områder som bør prioriteres. Rett til årlig lønnet studiepermisjon for faglig oppdatering, og rett til faglig oppdatering med lønn et visst antall dager i året, var to temaer som ble vurdert som svært viktige. Dette kan vi se i sammenheng med at mange sykepleiere syntes tilgangen til, og mulighetene for, å gå på kurs og videreutdanning er for dårlig. At disse områdene prioriteres så høyt tyder på at sykepleierne på feltet setter faglig utvikling høyt, og at de bør jobbe for at rammebetingelsene for å drive kompetanseutvikling blir bedre. Videre var større vekt på eget fagfelt (psykisk helse og/eller rus) i sykepleierutdanningen høyt prioritert. Det vil naturligvis være mange temaer som skal ha plass innenfor grunnutdanningen, og

² <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/legemiddelfri-behandling-i-psykisk-helsevern> (lesedato: 6.1.17)

her må psykisk helse/rus konkurrere med andre sykepleiefaglige temaer. Jo mindre plass temaet har innen grunnutdanningen, jo bedre bør mulighetene være for faglig utvikling etter utdanningen.

Et tredje tema som er høyt prioritert er større vekt på å jobbe kunnskapsbasert. Det betyr at en skal ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon.³ At såpass mange respondenter mener dette er et område som bør prioriteres for å videreutvikle sykepleierrollen kan i alle fall forstås som at mange opplever at de jobber for lite kunnskapsbasert i dag. Vi vet ikke om det er noen spesifikke kunnskapstyper innenfor kunnskapsbasert praksis som respondentene synes er for dårlig ivaretatt. Det er likevel rimelig å slutte seg til at den erfaringsbaserte kunnskapen de har opparbeidet seg er lettere å anvende enn oppdatert forskningsbasert kunnskap og pasientenes kunnskap og ønsker. Når det gjelder sistnevnte, er det også svært interessant at studiens respondenter er så samstemt om behovet for å inkludere både pasienter og pårørende i større grad enn det som gjøres i dag. Det betyr å la deres stemme komme bedre fram i samspill med forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap.

Til sist er bedre lønnsutvikling over tid et tema studien viser at alle respondentgruppene ser på som viktig for å utvikle sykepleierrollen. Gjennom intervjuene fant vi eksempler på at særlig sykepleiere som jobber poliklinisk og har mye individuelt behandlingsansvar opplever de har lav lønn sammenliknet med grupper som de mener i stor grad gjør det samme som dem. En god lønnsutvikling vil uansett alltid være viktig for å holde på kompetansen på feltet.

5 Konklusjon

Studien har hatt som mål å tydeliggjøre sykepleieres bidrag i tjenesteutøvelsen til pasienter innen psykisk helsevern og TSB. Vi har beskrevet sykepleiernes ansvar og arbeidsoppgaver, sett på i hvilken grad sykepleierne opplever at pasientenes behov dekkes og drøftet deres kompetansebehov.

Studien viser oppsummert at sykepleierne opplever stort ansvar for mange områder av pasientbehandling og oppfølging. De utfører et mangfold av arbeidsoppgaver, men det er likevel flere områder der de mener det er behov for større innsats for å møte pasientenes behov. Særlig gjelder dette involvering av pasienter og pårørende. Videre gjelder det oppmerksomhet på behov knyttet til seksualitet/samliv og åndelige/eksistensielle behov. Studien tyder på at det jobbes relativt godt med pasientenes fysiske helse, men samtidig kommer det fram at sykepleierne mener det trengs mer for å imøtekomme pasientenes behov på dette området. Resultatene viser lav deltakelse når det gjelder i utforming av Individuell plan, og samtidig relativt sett få sykepleiere som vurderer at det er behov for økt innsats på dette området. Når det gjelder kompetansebehov ønskes mer sykepleiefaglig veiledning og mer kunnskap, først og fremst om medisinfri behandling, pasienter med minoritetsbakgrunn samt ny teknologi for oppfølging og behandling. Dette er temaer som reflekterer sentrale utviklingstrekk i helsevesenet, og tyder på at sykepleierne er framtidsrettet og opptatt av å tilpasse helsetjenestene til de behov pasientene har.

³ <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/> (lesedato: 6.1.17)

6 Litteratur

Bjerkan J, Richter M, Grimsmo A, Hellesøe R, Brender J. Integrated care in Norway; the state of affairs years after regulation by law. *International Journal of Integrated Care*, vol. 11. URN:NBN:NL:UI:10-1-101258.

Christiansen, Bjørg, and Ida Torunn Bjørk. "Godt–eller godt nok? Hvordan opplever sykepleiere idealer og realiteter i utøvelsen av yrket?." *Nordisk tidsskrift for helseforskning* 12.1 (2016): 64-76.
<http://dx.doi.org/10.7557/14.3774>

Granerud, A. (2003). Videreutdanning i psykisk helsearbeid, tverrfaglig styrke eller faglig usikkerhet? Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid ved Norske høgskoler. *Nordic Journal of Nursing Research*. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/010740830302300311>

Helsedirektoratet (2016) SAMDATA. Spesialisthelsetjensten 2015. Rapport IS-2485.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1219/Samdata%20Spesialisthelsetjensten%202015%20IS-2485.pdf>

Helsedirektoratet (2015). Samdata spesialisthelsetjensten 2014. IS-2348
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/989/SAMDATA%202014%20IS-2348.pdf>

Helsedirektoratet (2011). Kvalitet og kompetanse ... om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre. IS-1914.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/225/Kvalitet-og-kompetanse-om-hvordan-tjenestene-til-mennesker-med-psykiske-lidelser-og-rusproblemer-kan-bli-bedre-IS-1914.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Meld. St. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Holum, L.C. (2012). "It is a good idea, but.." A qualitative study of implementation of 'Individual Plan' in Norwegian mental health care. *International Journal of Integrated Care*, Vol.12.
URN:NBN:NL:UI:10-1-112887 / ijic2012-15

Karlsen, R. (2009). Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag i tverrfaglig samarbeid: Profesjonell kompetanse. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/forskning/2009/10/profesjonell-kompetanse#main-content>

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. *Senter psykisk helse og rus, fakultet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud og Vestfold*.
<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/298288/Forskningsrapport%20IFPR%2016-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Karlsson, B. (2011a). "Sykepleier i bønn" – erfaringsbasert kunnskap om makt, posisjoner og profesjoner i psykisk helsefeltet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol.8; 1, s.55-65.

Karlsson, B. (2009). Humanistiske perspektiver i psykiatrisk sykepleie. I G. B. Vråle, J. K. Hummelvoll & B. Karlsson, (red.). *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid. Selvførelse, praksis og forskning*. (ss. 187–207). (Rapport nr. 14). Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Kjøllestad, J.G. & Iversen, H.H. (2014). Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern.

Resultater etter en landsdekkende undersøkelse i 2014. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienters-erfaringer-med-dognopphold-innen-psykisk-helsevern-resultater-etter-en-landsdekkende-undersokelse-i-2014>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademisk.

Mitchell AJ, Lord O, Malone D. Differences in the prescribing of medication for physical disorders in individuals with v. without mental illness: meta-analysis. Br J Psychiatry 2012; 201: 435 – 43.

Norsk Sykepleierforbund 2013-2016. Politisk plattform for psykisk helse og rus.

<https://www.nsf.no/Content/2201713/Politisk%20plattform%20psykisk%20helse%20og%20rus.pdf>

Ose, S.O., Ådnanes, M. & Pettersen, I. (2014). Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2013. SINTEF A26337. <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/pasientkartlegging/rapport-a26337-poliklinidkr-pasienter-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2013.pdf>

Ose, S.O. & Pettersen, I. (2014a). Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV) 20. november 2012. SINTEF A26086.

http://www.sintef.no/contentassets/f98d2810156e4dd6b8b7aa1da8174334/endeligrapport_sintef-a26086_2.pdf

Ose, S.O. & Pettersen, I. (2014b). Polikliniske pasienter i TSB. SINTEF A26395.

<http://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/pasientkartlegging/rapport-a26395-polikliniske-pasienter-i-tsb-2013.pdf>

Ose, S.O. & Pettersen, I. (2014c). Døgnpasienter i TSB 20. november 2012. SINTEF A26186.

<http://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/?pubid=SINTEF+A26186>

Ringstad, Silje Kristine Kløvjan (2014) Sykepleieres erfaring med religion og livssyn i psykiatrisk avdeling. Masteroppgave. Høgskulen i Volda. <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/227581>

Stortingsproposisjon nr 63 (1997-98): Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.

Varsi, H.S. (2010). Fokus på praksis. En kvalitativ studie av psykiatriske sykepleieres bidrag i spesialisthelsetjenestens akutte døgntilbud ved psykisk helsevern. Master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for helse- og idrettsfag.

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/132528/Varsi%20-%20Fokus%20p%C3%A5%20praksis.pdf?sequence=1>

Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M et al. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. Br J Psychiatry 2011; 199: 453 – 8.

Ådnanes M, Sitter M, januar 2007: Utdanning og rekruttering til psykisk helsevern og kommunene i perioden 1998-2005. Nå Opptappingsplanens mål innen 2008? SINTEF rapport A851. Sluttrapport.

<http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport-a851-utdanning-og-rekruttering-til-psykisk-helsevern.pdf>

Ådnes, M., Helgesen, M. og Arnesen, C.Å. (2006). Utdanning, kompetanseheving og rekruttering til psykisk helsevern og psykisk helsearbeid. Syntese av funn fra evalueringen av Opptrappingsplanen for Psykisk helse per desember 2005. SINTEF Rapport A84.

<http://evalueringsportalen.no/evaluering/utdanning-kompetanseheving-og-rekruttering-til-psykisk-helsevern-og-psykisk-helsearbeid-syntese-av-funn-fra-evalueringen-av-opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-per-desember-2005>

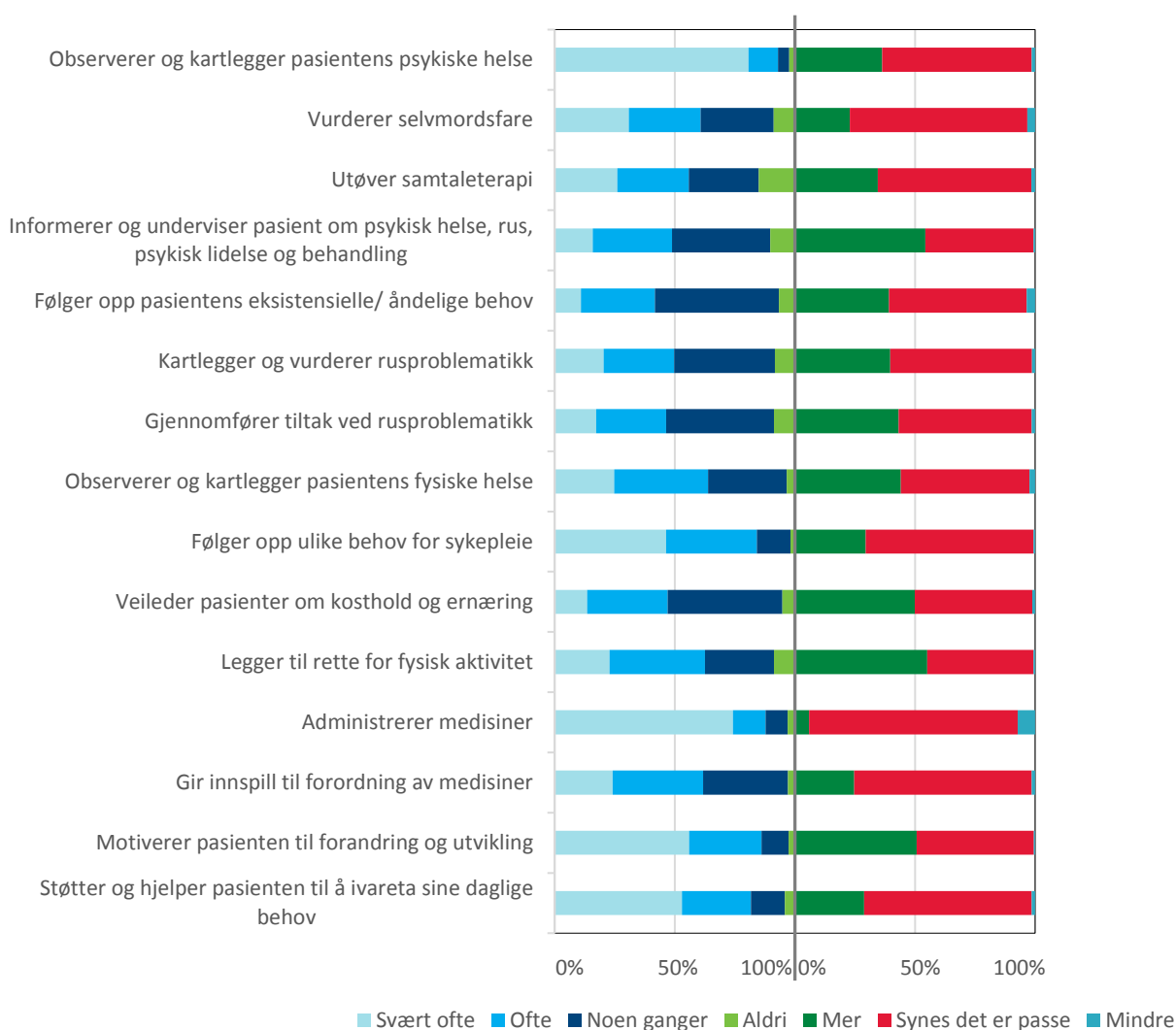
Ådnes, M. og Harsvik, T. (2007). Evaluering av videreutdanning i psykisk helsearbeid. SINTEF A2954.

Vedlegg: Figurer

Sykepleierne fikk følgende spørsmål: Du får nå to spørsmål om de samme oppgavene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Først om hvor ofte du utfører oppgaven, så om du mener at det generelt er behov for mer eller mindre av disse oppgavene.

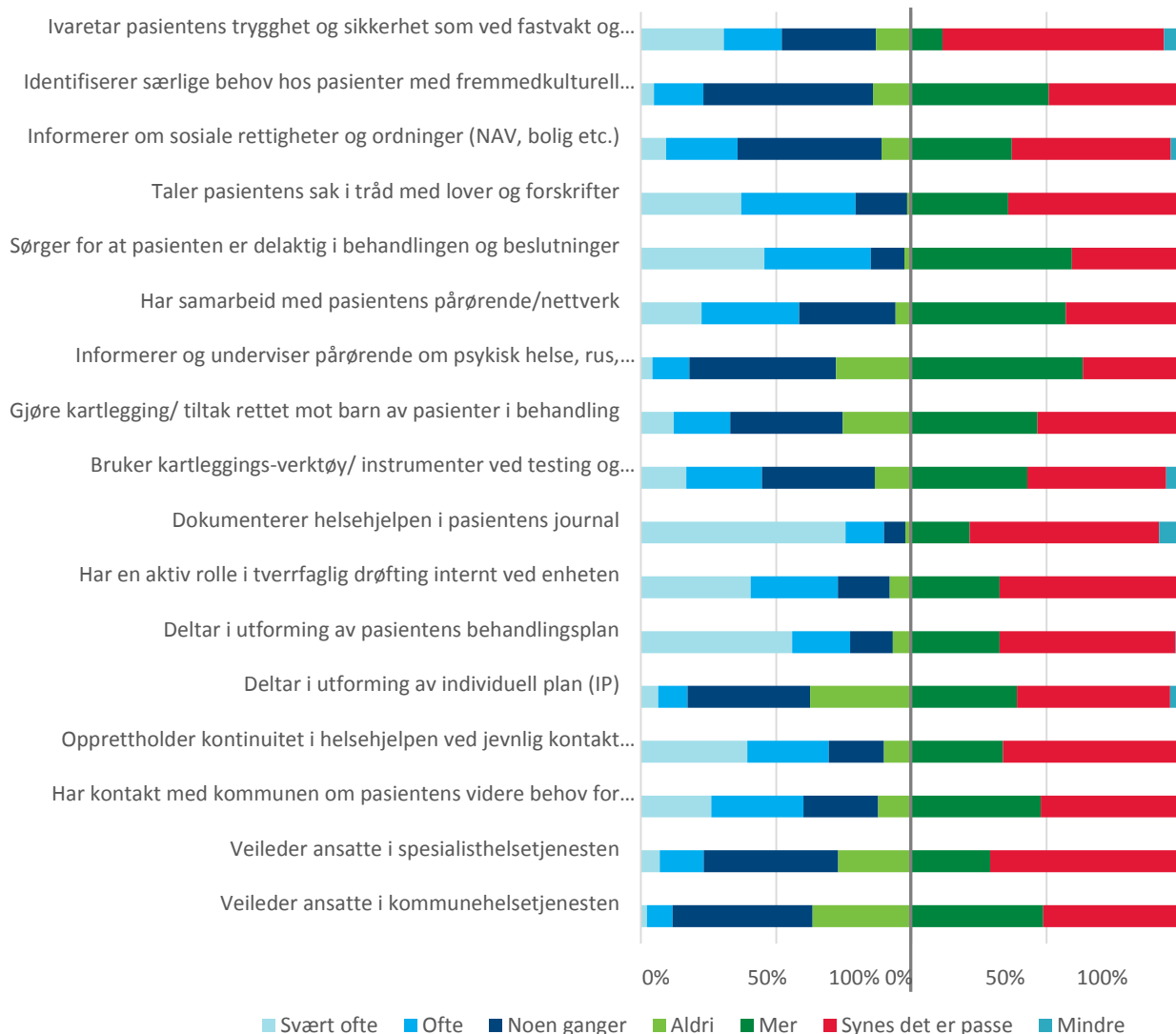
Svarene er fordelt på sykepleiere i døgntilbud, poliklinikk, ambulant akutteam/oppsøkende team og legemiddelassistert rehabilitering. To figurer per arbeidssted.

Døgntilbud



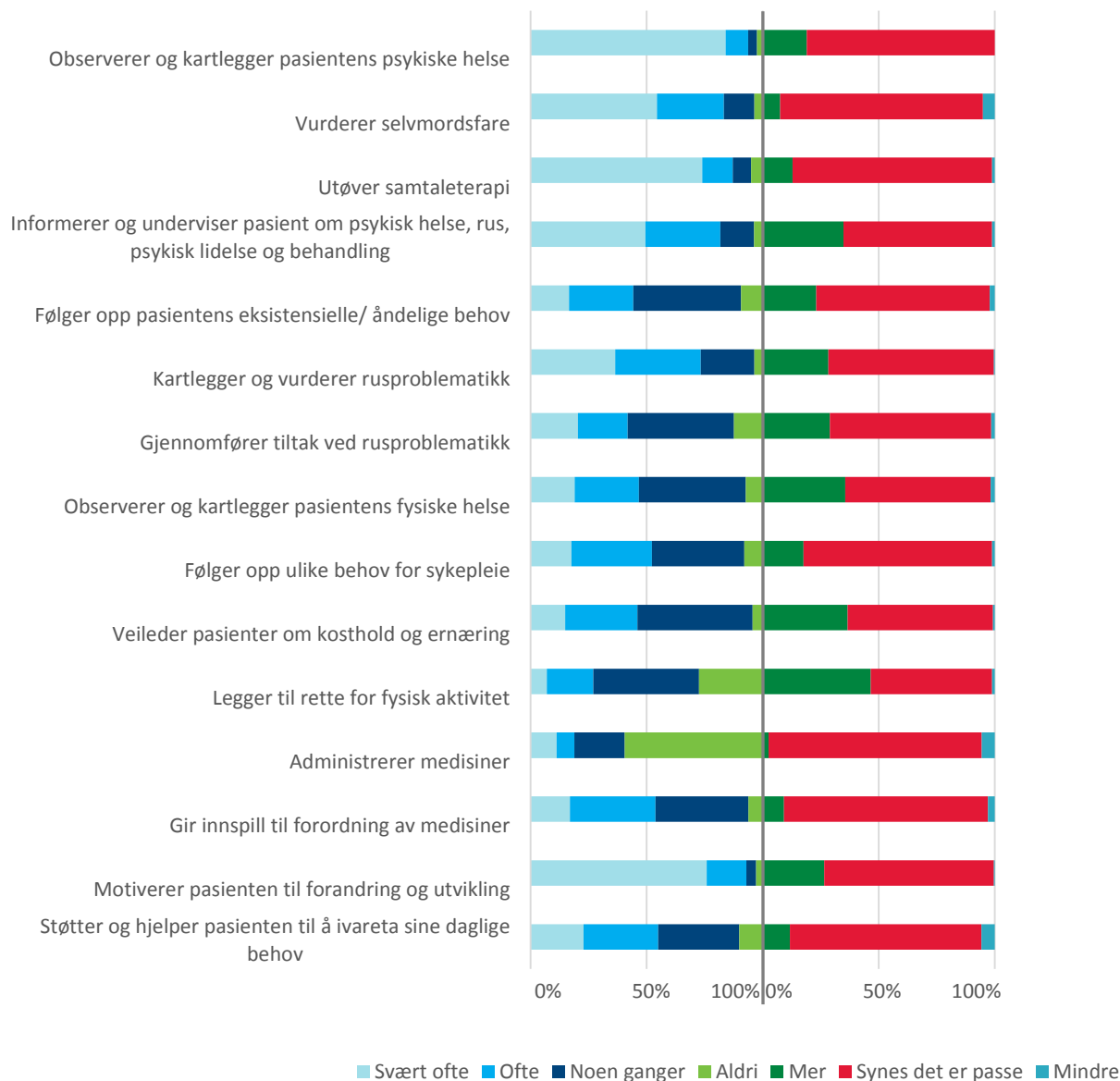
Figur 45 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i døgntilbud, prosent (n=1172)

Døgntilbud forts.



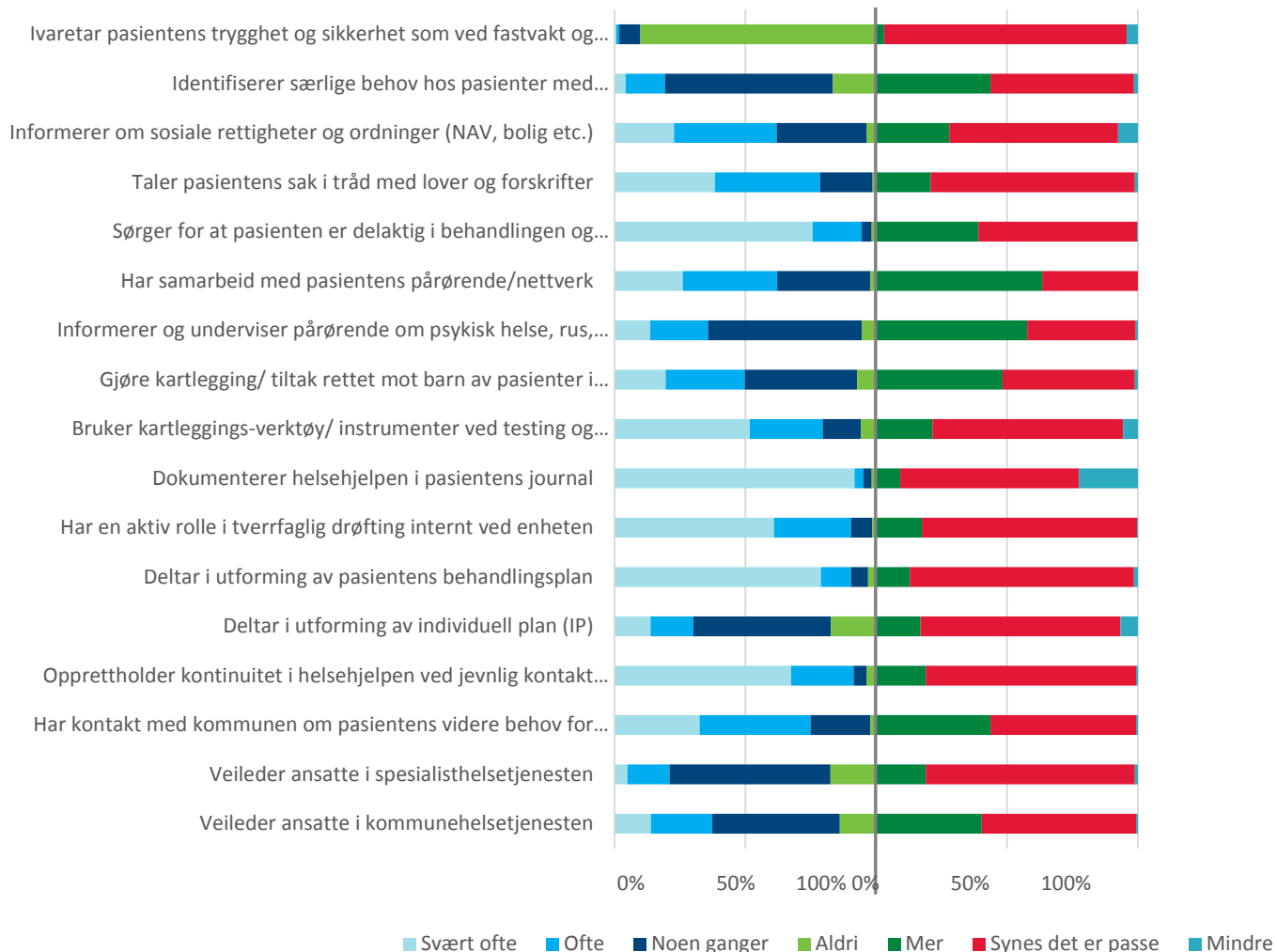
Figur 46 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i døgntilbud, prosent (n=1181)

Poliklinikk



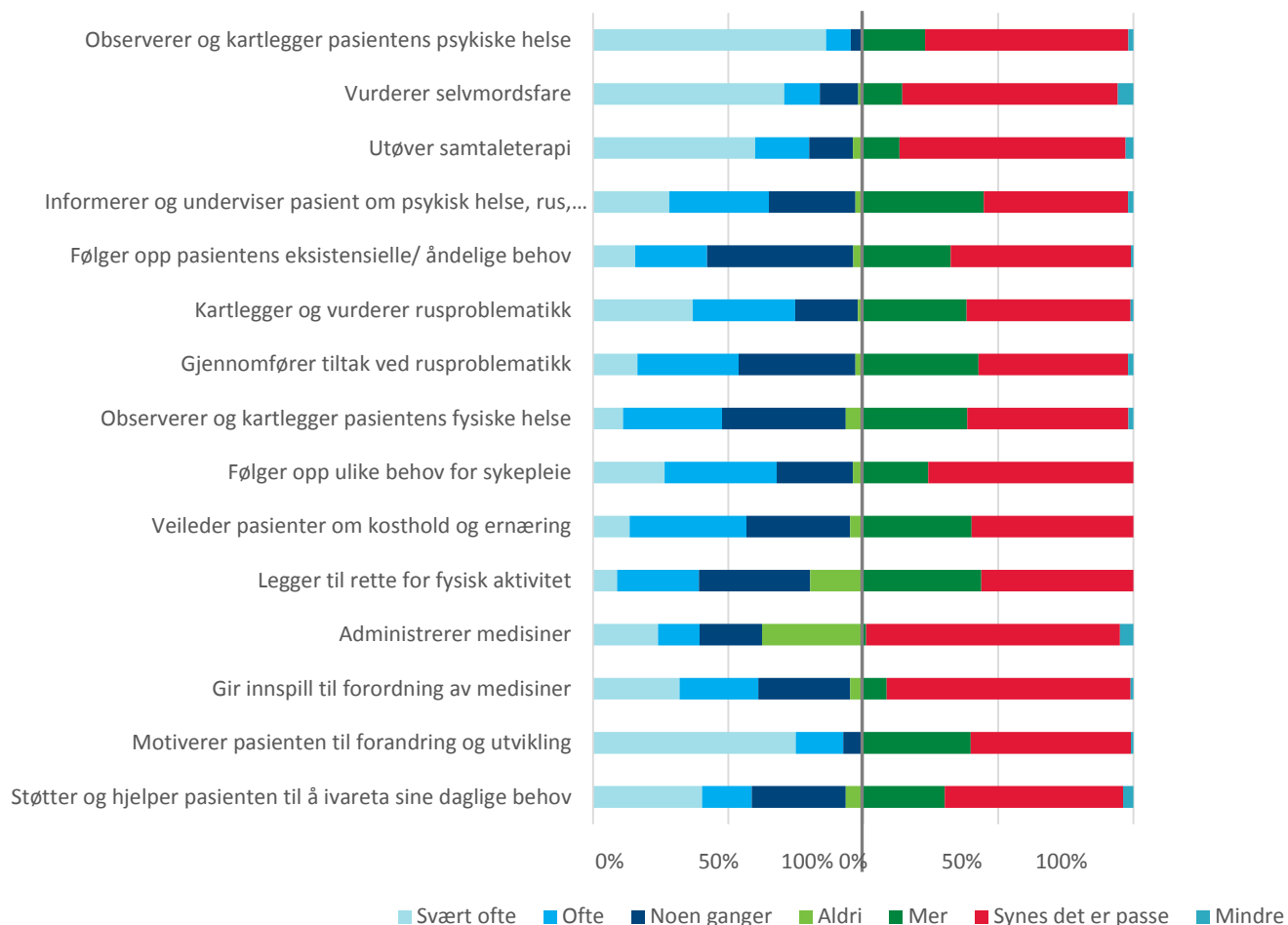
Figur 47 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i poliklinikk, prosent (n=281)

Poliklinikk forts.



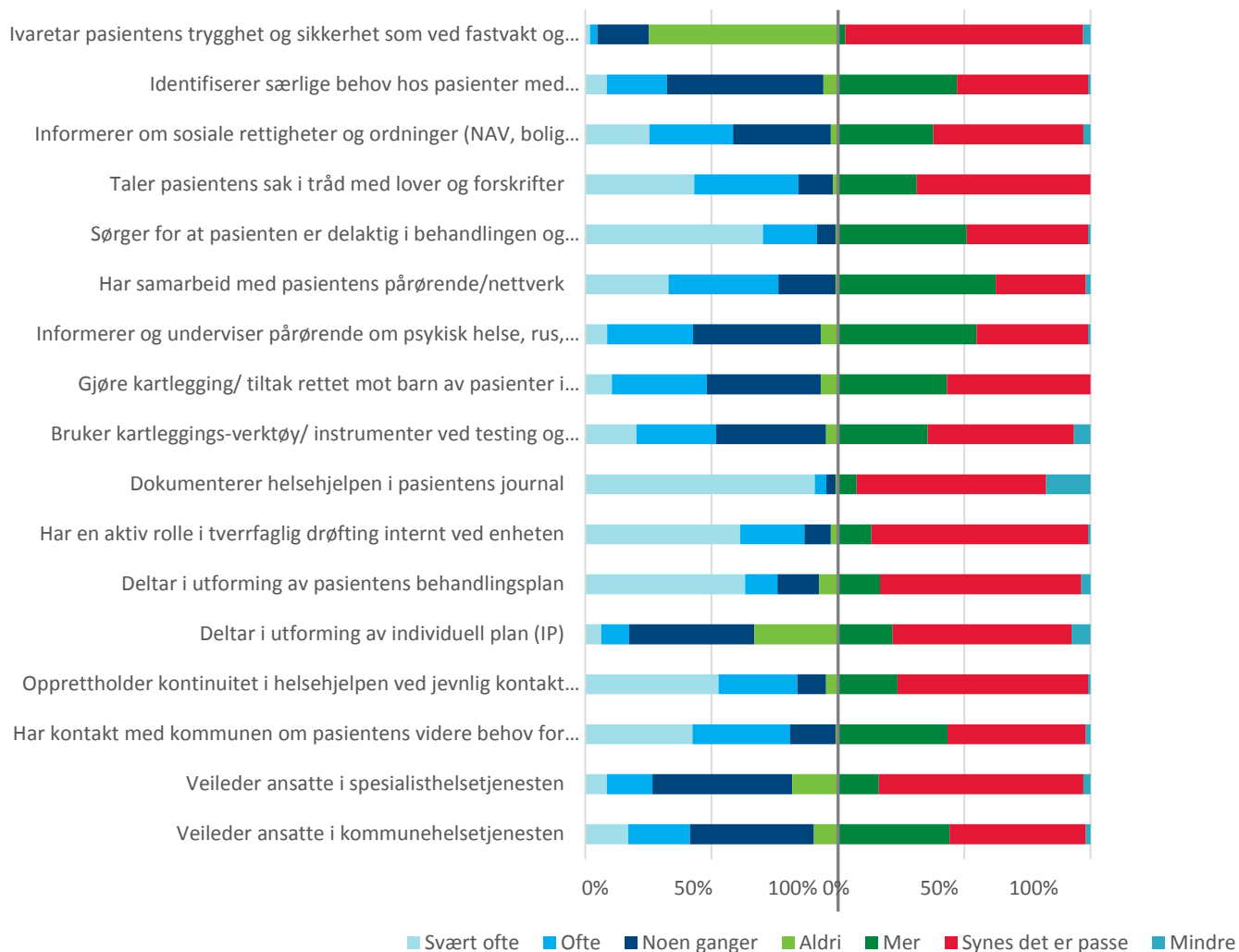
Figur 48 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i poliklinikk, prosent (n=281)

Ambulant akutteam/oppøkende team



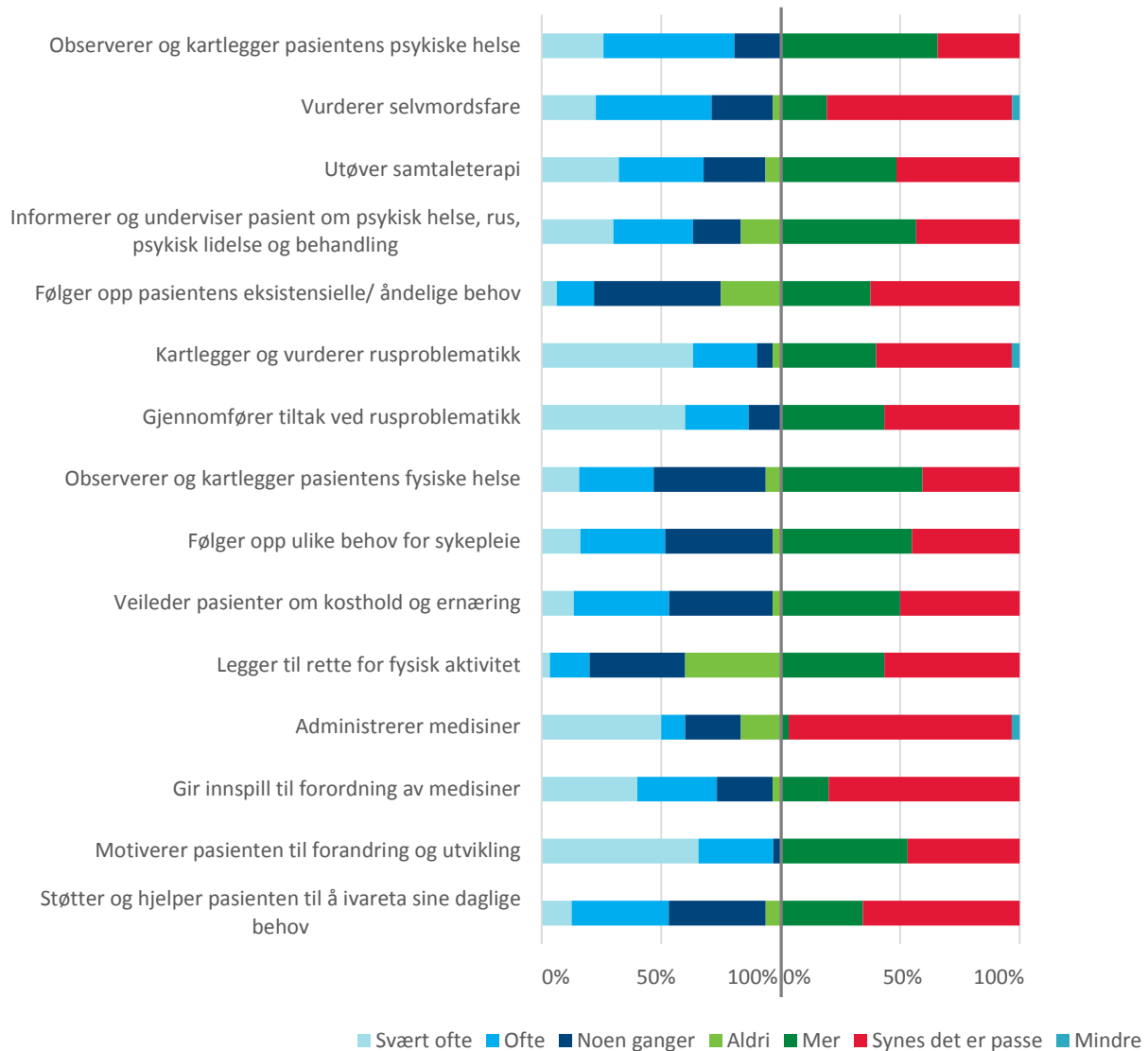
Figur 49 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i ambulant akutteam/oppøkende team, prosent (n=106)

Ambulant akutteam/oppøkende team forts.



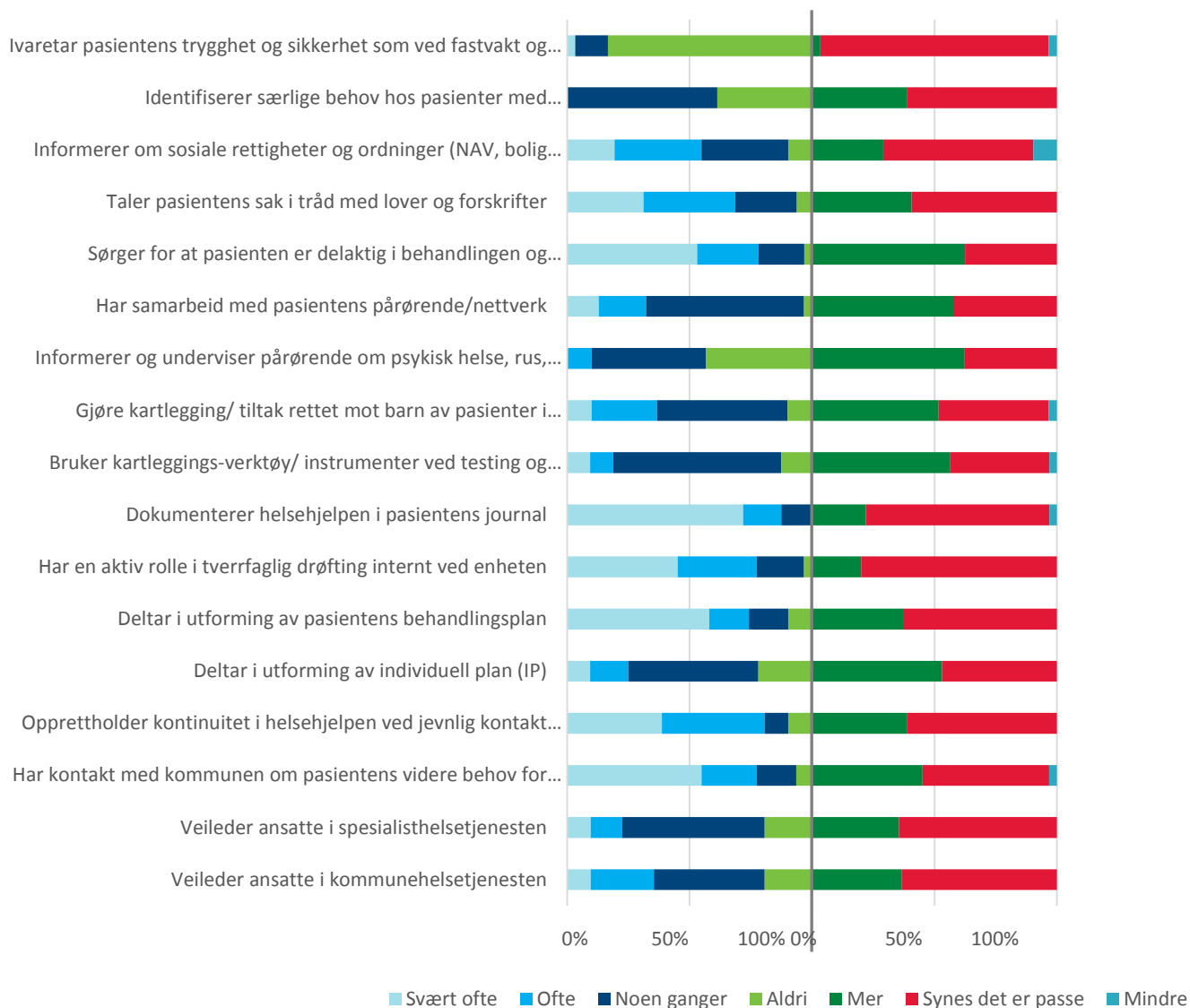
Figur 50 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i ambulant akutteam/oppøkende team, prosent (n=106)

Legemiddelassistert rehabilitering



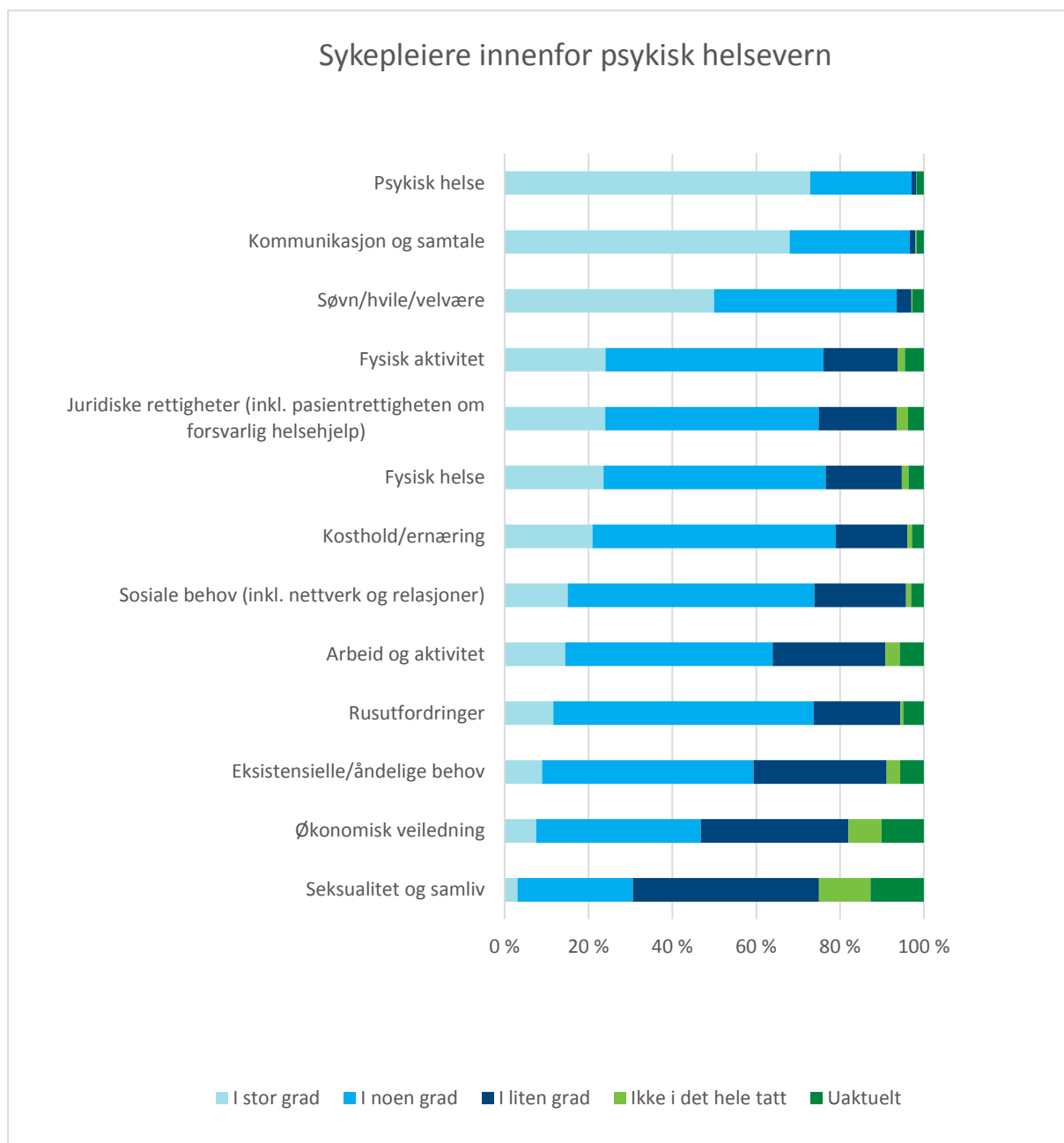
Figur 51 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), prosent (n=31)

Legemiddelassistert rehabilitering forts.

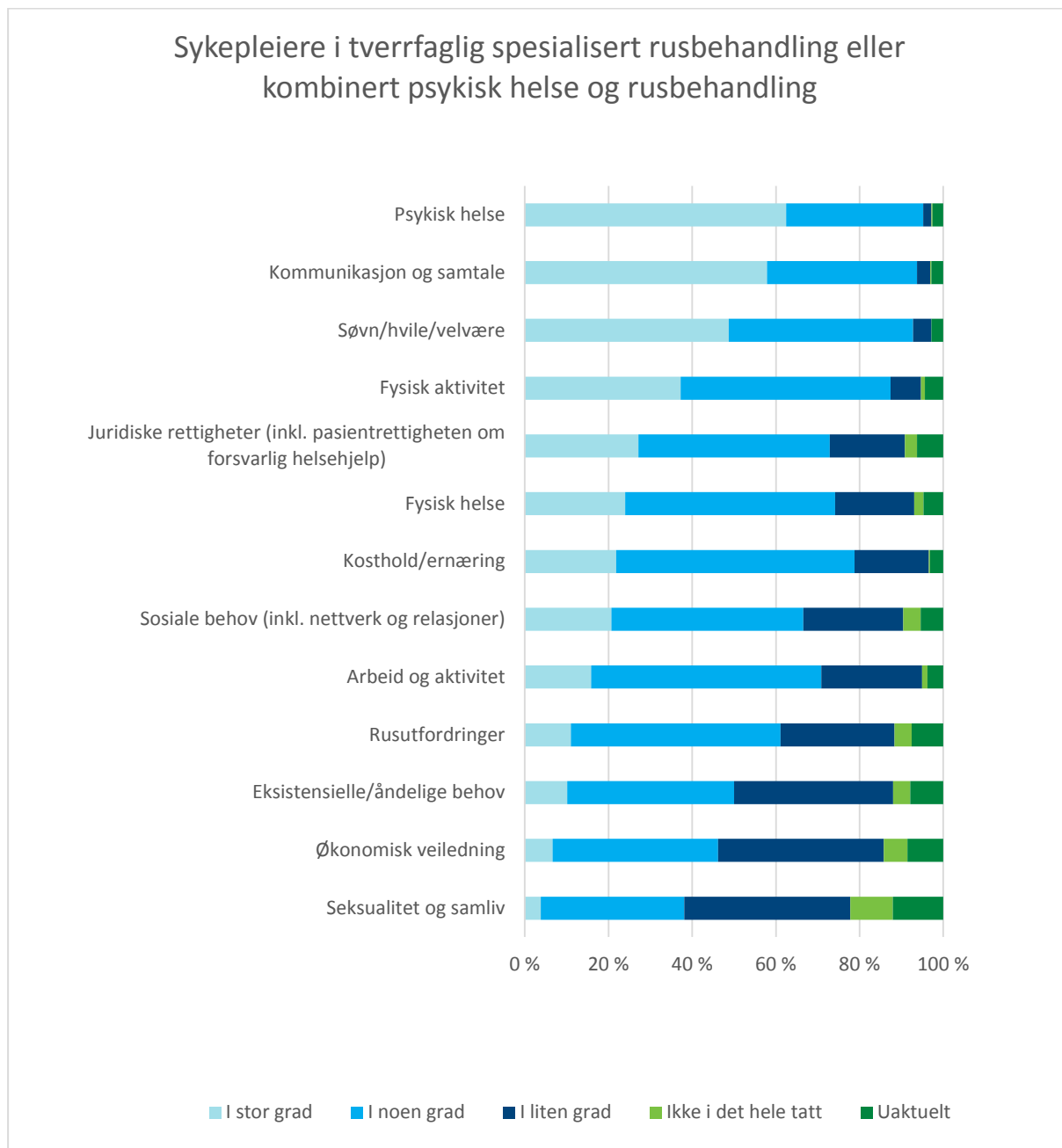


Figur 52 Hvor ofte du utfører oppgaven? Synes du det generelt er behov for mer eller mindre av oppgavene, eller er det passe? Ansatte i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), prosent (n=31)

Spørsmål om hvorvidt respondentene har mulighet for å imøtekomme pasientenes behov på de oppgitte områdene, fordelt på ansatte innenfor psykisk helsevern og ansatte i tverrfaglig spesialisert rusbehandling eller kombinert psykisk helse og rusbehandling.



Figur 53 I ditt møte med pasienten, i hvilken grad synes du generelt sett at du har mulighet for å imøtekomme pasientenes behov innenfor disse områdene? Sykepleiere i psykisk helsevern, prosent (n=1236)



Figur 54 I ditt møte med pasienten, i hvilken grad synes du generelt sett at du har mulighet for å imøtekomme pasientenes behov innenfor disse områdene? Sykepleiere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, eller kombinert psykisk helse og rusbehandling, prosent (n=316)



Teknologi for et bedre samfunn

www.sintef.no