

# Hva kan sykepleiere bidra med på et fastlegekontor?

**En kvalitativ studie av sykepleiere i Primærhelseteam, og deres erfaringer med å imøtekomme pasienters psykiske helsebehov.**

ANNETTE LØITE

VEILEDER  
ERNA ULLAND

**Universitetet i Agder, 2021**  
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap  
Institutt for psykososial helse



## Sammendrag

Denne studien har bakgrunn i Helsedirektoratets pilotprosjekt: Primærhelseteam.

Temaet i denne oppgaven er hvilken tilnærming sykepleiere har til pasienter med psykiske utfordringer i Primærhelseteam. Hensikten med denne studien er å undersøke hva sykepleiere i Primærhelseteam dekker og avdekker av pasientens psykiske helsebehov.

Oppgaven tar utgangspunkt i psykisk helsearbeid på fastlegekontorer som har etablert Primærhelseteam i Norge.

Problemstillingen jeg har jobbet ut fra er: *Hva avdekker og dekker sykepleiere av psykisk helsebehov hos pasienter i primærhelseteam?*

Utvalget har bestått av fem sykepleiere ansatt i tre ulike Primærhelseteam. Det er brukt kvalitativ metode og datainnsamlingen er gjort ved hjelp av semistrukturerte intervjuer. Intervjuene ble transkribert og analysert med Malteruds analysemetode for å utforske funnene nærmere.

Funnene viser at sykepleierne dekker og avdekker pasientens behov for relasjoner. Tid, tillit og samarbeid har størst betydning for hva sykepleierne i Primærhelseteam erfarer som viktige punkter når de arbeider med psykisk helse utfordringer hos pasienter. Funnene viser at sykepleierne opplever at de dekker basale behov hos pasientene, som det å bli sett og hørt, på en god måte i et Primærhelseteam. De beskriver at de gir pasientene en mer helhetlig og sammensatt helsetjeneste ved å jobbe tverrfaglig med fastlege og helsesekretær. Funnene viser også at sykepleierne avdekker pasientgrupper de beskriver som ekstra sårbare i forhold til utvikling av psykisk uhelse.

Med utgangspunkt i dette kan det være av betydning at man ved å ha sykepleier ansatt på fastlegekontorene har mulighet for å kartlegge, avdekke og dekke mer av pasientens psykiske helsebehov enn hva fastlegen har tid og ressurser til i sine konsultasjoner. Funnene kan være med på å bidra til å nyansere bildet på hvordan man i fremtiden skaper gode og hensiktsmessige helsetjenester for pasienten. Sykepleieres dialogiske og relasjonelle tilnærming til pasienter kan være med å bidra til hvordan vi tenker om psykiske helseproblemer på legekontoret.

Funnene samsvarer med tidligere forskning innen psykisk helse som viser betydning av å legge til rette for at pasienter blir sett, hørt og inkludert og at det fokuseres på ressurser og mestring- i kontrast til symptomreduering.

Nøkkelord: Psykisk helse, Primærhelseteam, fastlegekontor, tid, tillit og samarbeid.

## Abstract

This study is based on the Norwegian Directorate of Health's pilot project: Primary health team.

The topic of this study is the approach nurses have to patients with mental health challenges in Primary health team. The purpose of this study is to investigate what primary health team nurses cover and uncover of the patient's mental health needs.

The study is based on mental health work at GP offices that have established Primary health team in Norway.

The research question I have worked on is: *What does the nurses cover and uncover of mental health needs in patients in Primary health care teams?*

The participants have consisted of five nurses employed in three different Primary health team. Qualitative study methods have been used and the data collection is done using semistructured interwies.

The interviews were transcribed and analysed by Malterud's systemic textcondensation.

The study show that the nurses cover and uncover the patient's need for relationships. Time, trust and teamwork have a major impact on what the nurses in Primary health teams experience as important points when dealing with mental health challenges in patients. The findings show that the nurses find that they meet basic needs in patients, such as being seen and heard, in a good way in a Primary Health Team. They describe that they provide patients with a more holistic and complex health service by working interdisciplinary with their GP and health secretary. The findings also show that the nurses uncover patient groups they describe as particularly vulnerable in relation to the development of mental health.

On the basis of this, it may be important that by having a nurse employed at the GP office, one has the opportunity to map, uncover and cover more of the patient's mental health needs than the GP has the time and resources for in their consultations. The findings may help to nuance the picture of how to create good and appropriate health services for the patient in the future. Nurses' dialogical and relational approaches to patients can contribute to how we think about mental health problems in the doctor's office.

The findings are consistent with previous research in mental health that shows the importance of facilitating patients to be seen, heard and included, and that the focus is on resources and coping, in contrast to symptom reduction.

Keywords: Mental health, Primary health team, GP office, time, trust and teamwork.

## FORORD

Jeg ble utdannet sykepleier i 2004. I 2012 avsluttet jeg min videreutdanning i psykososial helse. Da jeg for to år siden tok opp igjen studiene og startet på en Mastergrad, hadde jeg ikke sett for meg hvilken, til tider rotete prosess det ville bli. Jeg har lest meg opp på emner, avgrenset temaer og redigert tekst gjentatte ganger. Det er ingen tvil om at det har vært krevende, men også interessant og lærerikt. Jeg har fått oppfrisket gammel, og fått mye ny kunnskap, gjennom dette studiet. Samtaler med medstudenter, veileder og kollegaer har vært til stor hjelp og inspirasjon. Takk til alle ved UIA. Alle de hyggelige menneskene fra kantinepersonell, IThjelpere, bibliokarer, medstudenter og forelesere har gjort disse to årene til en minnerik opplevelse.

I 2020 fikk jeg tilbud om å jobbe som spesialsykepleier i et pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet, kalt Primærhelseteam. Jeg fikk også muligheten til å knytte masteroppgaven til dette. Temaet psykisk helse er aktuelt og stadig i endring. Primærhelseteam er nytt på fastlegekontorene som deltar i prosjektet. Jeg ønsket å se nærmere på hva sykepleierne erfarer, avdekker og dekker av psykiske helsebehov hos pasientene. Tusen takk til sykepleierne som deltok i min studie. En stor takk til min veileder Erna Ulland for gode råd, innspill og støtte under hele prosessen, og til emneansvarlig Monica Strømland som gjennom hele semesteret har vært tilgjengelig og på tilbudssiden. Takk for innspill til innhold og tilnærminger av tema til denne masteroppgaven Birgit Abelsen, forskningsleder ved Nasjonalt Senter for Distriktmedisin og prosjektledelsen for Primærhelseteam i Helsedirektoratet.

Takk til forskningsleder i Kristiansand kommune, Eirik Abildsnes for råd og veiledning i denne prosessen. Ikke minst, en stor takk til min arbeidsgiver og kollegaer på Sørlandsparken Legesenter. Spesielt Trine og Aleksander- uten dere hadde ikke dette vært mulig å gjennomføre. Sist, men ikke minst vil jeg takke familien min for tålmodigheten.

Kristiansand, 03.05.21

Annette Løite

*At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.*

Søren Kierkegaard

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	i
Abstract .....	ii
Forord .....	iii
1.0 Innledning.....	1
1.1 Hensikt.....	1
1.2 Bakgrunn.....	1
1.3 Problemstilling .....	2
1.4 Studiens faglige profil.....	3
1.4.1 Stedet studien foregår- Primærhelseteam på fastlegekontor.....	5
1.5 Oppgavens oppbygging .....	5
2.0 Tidligereforskning.....	6
2.1 Organisering av helsetjenester.....	6
2.2 Tverrfaglig teamarbeid.....	8
2.3 Psykisk helse hos eldre.....	9
2.4 Depresjon hos menn.....	10
2.5 psykisk helse hos innvandrere.....	11
2.6 Psykisk helse kunnskapssyn .....	12
3.0 Teori.....	14
3.1 Menneske til menneske forhold.....	14

3.1.1 Omsorg.....	15
3.2 Dialog og relasjonskompetanse .....	16
4.0 Metode .....	18
4.1 Begrunnelse for metodevalg.....	18
4.2 Forforståelse og den hermeneutiske sirkel.....	20
4.3 Rekruttering og utvalg.....	21
4.4 Gjennomføring.....	23
4.5 Semi -strukturert individuelle intervju .....	23
4.6 Intervjuguide .....	24
4.7 Analyse.....	25
4.8 Metodekritikk.....	28
4.9 Etikk.....	30
5.0 Presentasjon av funn .....	33
5.1 Utvalgte grupper.....	33
5.1.1 Eldre .....	33
5.1.2 Menn.....	34
5.1.3 Innvandrere.....	35
5.2 Relasjoner.....	36
5.2.1 Tid.....	36
5.2.2. Tillit.....	37



5.2.3 Teamarbeid.....	38
5.3 Oppsummering av resultatene.....	41
6.0 Diskusjon.....	42
6.1 Vi forsøker alltid å møte mennesket bak pasienten .....	42
6.2 Vi møter pasientene der de faktisk er, og ikke der vi ønsker de skal være.....	43
6.3 Godt samarbeid er nøkkelen i gode praksiser.....	45
6.4 Det er forskjell på å holde seg i live og å leve .....	46
6.4.1 Eldre.....	46
6.4.2 Menn.....	47
6.4.3 Innvandrere.....	48
6.5 Betydning av funn.....	50
7.0 Konklusjon .....	52
Litteraturliste.....	54
Vedlegg.....	62
Vedlegg 1 Godkjenning fra NSD .....	62
Vedlegg 2 Godkjenning fra FEK .....	64
Vedlegg 3 Informasjons- og samtykkeskjema .....	65
Vedlegg 4 Intervjuguide .....	6

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Hensikt

Hensikten med denne studien er å få innsikt og kunnskap hos sykepleiere som arbeider i et Primærhelseteam. I dag er det Primærhelseteam ved 17 forskjellige fastlegekontor i Norge. Teamene består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Det jeg er mest opptatt av er å undersøke hva disse sykepleierne avdekker og dekker av pasientenes psykiske helsebehov. Gjennom å få et innblikk her vil det også kunne dannes et bilde av hvilke opplevelser og erfaringer sykepleierne har av pasientenes psykiske helsebehov. Det er pasientene selv som kjenner situasjonen best på kropp og sjel. Dersom vi får tak i deres erfaringer, vil dette kunne bidra til en bedre forståelse og kunnskap hos sykepleierne. Kanskje vil det være betydningsfullt at denne tjenesten er koblet til fastlegekontorene, hvor mange pasienter allerede har etablert en relasjon til dem som arbeider der. Gjør dette noe med motivasjon og trygghet for behandling? Hva med sykepleiernes kompetanse? Hva tilfører de legekontorene?

### 1.2 Bakgrunn

Bakgrunnen for masteroppgaven knyttes til min rolle som psykiatrisk sykepleier og terapeut i det psykiske helse arbeidet, både i kommune og i spesialisthelsetjenesten.

I 2018 startet Helsedirektoratet et pilotprosjekt i ni kommuner, med tretten fastlegepraksiser. Pilotprosjektet ble i 2019 utvidet med 4 fastlegepraksiser frem til 2023. Målet for piloten er å teste om Primærhelseteam i fastlegepraksiser gir et bedre tilbud til enkelte pasientgrupper enn den vanlige fastlegepraksisen. Pasientgruppene som har behov for et bredere tilbud er gjerne skrøpelige eldre, kronikere og andre med sammensatte helsebehov (Helsedirektoratet, 2020).

Folkehelse rapporten beskriver psykiske lidelser som den viktigste årsaken til sykdomsbelastning i vestlige land (Folkehelseinstituttet, 2010). En hovedoppgave de kommende årene vil være å forebygge psykisk uhelse hos barn og unge for å unngå at de får alvorlige psykiske lidelser som voksne. Omfanget psykiske lidelser gir gjør at forebyggende arbeid hos barn og unge er et viktig område å satse på (Folkehelseinstituttet, 2018).

Da jeg fikk tilbud om en stilling som spesialsykepleier i Primærhelseteam ved Sørlandsparken Legesenter ønsket jeg å se nærmere på hvordan sykepleierne inkluderte psykisk helse i sin virksomhet. Denne nysgjerrigheten gjorde at jeg valgte å se nærmere på dette i Masterstudiet i

Psykisk helsearbeid ved Universitet i Agder. Sammen med en usedvanlig positivt innstilt arbeidsgiver fikk jeg derfor anledning til å gjennomføre denne studien.

### 1.3 Problemstilling

I oppgaven vil jeg besvare følgende problemstilling: *Hva avdekker og dekker sykepleier i primærhelseteam hos pasienter med psykiske helseutfordringer?*

Som spesialsykepleier i psykisk helse er jeg opptatt av å få svar på hva sykepleierne i primærhelseteam avdekker og dekker i møte med pasienter som har psykiske helseutfordringer. Nettopp denne nysgjerrigheten har preget forskningsprosessen. Hvordan komme frem til gode, relevante forskningsspørsmål, som bidrar til svar som fremmer ny kunnskap?

Her kom jeg frem til spørsmål som dannet et viktig grunnlag med tanke på å få frem ny kunnskap innenfor mitt forskningstema. Mye av forskningsprosessen har handlet om å finne gode spørsmål. Videre at svarene kan føre til utvikling av ny kunnskap, som gir bedret psykisk helsehjelp for pasientene.

Studiens forskningsspørsmål er følgende:

- Hvordan beskriver informantene pasientene som er i behov av psykisk helsehjelp?
- Hvordan opplever sykepleierne tjenesten som gis pasienter i Primærhelseteam?
- Hva oppleves som viktig i tjenesten som gis pasientene?
- Hva er erfaringen rundt samarbeidet i Primærhelseteam?

## 1.4 Studiens faglige profil

I 2017 kom Solberg regjeringen med strategi for god psykisk helse, kalt «Mestre hele livet» (Helse og omsorgsdepartementet, 2017). Dette hadde ikke Norge hatt siden 2008, da opptrappingsplanen kom (1999-2008) for å reformere behandlingstilbudet til psykisk syke. Strategien til Stortinget var en helhetlig tjeneste, med forbyggende, rehabiliterende og kurative tiltak som skulle gå på tvers av sektorer. Primærhelseteam er en del av denne satsningen.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert psykisk helse som *en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet* (Verdens helse organisasjon, 2014).

For å utdype min forståelse av psykisk helsearbeid viser jeg til to forskningsartikler nedenfor. Anders Johan W. Andersen definerer psykisk helsearbeid slik:

*Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper uhelse og bidrar til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø (Andersen, et al., 2008).*

Forfatteren sier det er viktig å innhente kunnskap fra ulike fag- og forskningstradisjoner i det psykiske helsearbeidet. Definisjonen gir god mening til forståelsen av begrepet psykisk helse som noe vi alle har, og hvordan livet kan bli vanskelig når man opplever tap av kontroll, mister mening med livet og virkelighetsfølelsen forsvinner. Artikkelen *Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet* tar utgangspunkt i skandinaviske selvbiografier av mennesker som av seg selv eller andre har blitt betegnet som psykisk lidende (Larsen & Andersen, 2011). Studien analyserer erfaringene forfatterne har i møte med offentlige helsetjenester og diskuterer funn relatert til god psykisk helsehjelp. Funnene indikerer blant annet betydningen av gode relasjoner for å få til god helsehjelp. Studien viser også til viktigheten av å se psykisk helse i en større sammenheng enn kun symptomatisk. Den psykiske helseproblematikken vi ser i dag endres med tid, sted og kultur. Dette er et felt som

alltid vil være i bevegelse. Her vil naturvitenskapelige tenkning kunne komme til kort fordi det handler om komplekse og kontekstavhengige utfordringer. God psykisk helse vil alltid være en blanding av ulike kontekster som blant annet tilhørighet, oppvekst, traumer og medfødte egenskaper (Larsen & Andersen, 2011).

Psykisk helsearbeid er både en overordnet betegnelse på alle tjenester, praksiser og profesjoner som bidrar i arbeidet med menneskers psykiske helse, men også en beskrivelse av et eget fag med egne arbeidsmåter (Bøe & Thomassen, 2017). Det gode møtet og den gode dialogen brukes som utgangspunkt for endringsarbeidet. Dialogen kan i seg selv ha helbredende kraft (Karlsson & Borg, 2015), og samtidig være utgangspunkt for å fremme bedring (Bøe & Thomassen, 2017).

Jeg har i løpet av min utdanning lært om Dialogiske praksiser som en profesjonell praksis som bygger på ideer om at mennesker formes av dialoger, relasjoner og samspill vi har med andre. Nettverksmøter blir her brukt som tilnærming på tverrfaglig samarbeid. Slik jeg oppfatter det kan et Primærhelseteam være en lignende arbeidstilnærming.

Anne Lise Holmeslands studie (2015) utforsket åpen dialog i nettverksmøter. Nettverksmøter som tilnærming er en avansert og fruktbar måte å samarbeide tverrfaglig på ifølge hennes studie. Hun kaller det som skjer i møtene for profesjonsoverskridende samarbeid (Holmesland, Seikkula & Hopfenbeck, 2014; Holmesland, Seikkula, Nilsen, Hopfenbeck & Arnkil, 2010). I Holmeslands studie viser hun til hvordan de ansatte deltok i møter som mer enn kun representanter for tjenesten de jobbet i. De deltok med oppmerksomhet og innspill basert på seg selv som person, egne erfaringer og ideer, og var ikke begrenset til å være fagperson (Holmesland, 2015). Holmesland viser med dette hvordan nettverksmøtene kan få frem variasjonen av tilpassede ressurser til dem det gjelder.

### 1.4.1 Stedet studien foregår i – Primærhelseteam på fastlegekontor

For mange vil fastlegekontoret være en aktuell arena for psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid kan gjennomføres av de som naturlig er til stede på disse arenaene (Bøe & Thomassen, 2007). Odd Volden sier at dette også kan beskrives som å skape universell utforming for mennesker med psykiske vansker og lidelser gjennom tilgjengelighet og tilrettelegging for deltakelse på ulike arenaer i samfunnet (Volden, 2015).

I lys av strategien «Mestre hele livet» er Primærhelseteamets oppfattelse av psykisk helse relevant. Forskerens egen forståelse vil derfor prege de faglige valgene som er foretatt i denne studien.

### 1.5 Oppgavens oppbygging

Denne masteroppgaven er delt inn i syv kapitler. Det er i innledningen lagt opp til at man først får innblikk i hensikt og bakgrunn for undersøkelsen. Videre blir det gitt introduksjon til temaet, og en beskrivelse av kontekst for undersøkelsen. Kapittel to gir innblikk i tidligere forskning inne organisering av helsetjenester og kunnskapssyn i psykisk helse. I kapittel tre blir det redegjort for teori som blir brukt i forbindelse med drøfting av funn, og i kapittel fire blir valg av metode og analyseprosess beskrevet. Videre i kapittel fem blir funnene i analysen presentert. Sjette kapittel diskuteres funnene og betydning av disse i lys av teori. Det syvende og siste kapitlet inneholder oppsummering og konklusjon.

Oppgavens struktur er satt opp etter masterhåndbokens retningslinjer.

## 2.0 TIDLIGERE FORSKNING

Etter søk i ulike databaser fant jeg frem til aktuelle forskningsartikler og fagbøker som blir brukt for å gi en oversikt over aktuell forskning som er gjort i forbindelse med temaene psykisk helse og Primærhelseteam. Det er blitt foretatt søk på blant annet Cochrane Library, SweMed+, Helsebiblioteket, Google Scholar, PSYKinfo og søk gjennom Oria.no.

Jeg har samarbeidet med helsedirektoratet som sier at det er lite norsk forskning gjort på nettopp dette feltet. Det finnes et eget internasjonalt tidsskrift hvor det publiseres forskning på primærhelseteam og psykisk helse i andre land:

<https://journals.lww.com/tnpj/pages/default.aspx>

Det er publisert en rekke studier om Primærhelseteam i spesialisthelsetjenesten og i pleie og omsorgssektoren. Det er skrevet mye om organisering i primærhelsetjeneste, men jeg har funnet mindre om hva innholdet i tjenestene til psykisk syke er. Jeg har konsentrert meg om å se på hva som oppleves som god psykisk helsehjelp, og om dette har overføringsverdi til Primærhelseteam arbeidet. Det er gjort mye forskning om hva som er god psykisk helsehjelp, men det er ikke sett i sammenheng med Primærhelseteam i Norge tidligere.

### 2.1 Organisering av helsetjenester

Fragmenterte og spesialiserte helsetjenester kan gjøre det vanskelig å oppnå hensiktsmessige pasientforløp. Helt fra starten på 1980-tallet har det vært fokus på koordinerte pasientforløp. Den amerikanske helsetjenesteleverandøren *Kaiser Permanente* viste at dette kan gi bedre resultater og mer effektiv ressursutnyttelse (Kinsman et al., 2010, s. 31).

I Norge har begrepet *helhetlige pasientforløp* vært brukt fra første halvdel av 2000-tallet, og man er mer bevisst på at koordinering av tjenestene omfatter kommunehelsetjenesten (Starfield, 2009, s.180). Ifølge professor Barbra Starfield i USA, vil en god Primærhelsetjeneste gi bedre helsetjenester, lavere kostnader og jevnere fordeling av tjenester i befolkningen (Starfield, 2009). I en rapport fra 2008 fastslår også WHO at en styrkning av primærhelsetjenesten har gitt økt helsegevinst i flere land som blant annet England, Nederland og USA (WHO, 2008).

Fastlegene styrer mye av ressursbruken i det norske helsevesenet med sin portvakt funksjon. Mye tid og ressurser fastleger kunne brukt på pasientkontakt forsvinner i administrative oppgaver ved at de må følge behandlingsmodellen til spesialisthelsetjenesten. Først skal det

foretas en primærvurdering av fastlege, deretter må fastlegen skrive henvisning, henvisning skal så vurderes og deretter prioriteres, før pasienten kan motta et tilbud.

I en forskningsartikkel fra SINTEF (2014) om hvordan helsetjenester samarbeider om pasienter med psykiske vanskeligheter konkluderes det med:

*Samarbeidsmodeller om mennesker med psykiske lidelser må utvikles lokalt, i tråd med samarbeidspartners kompetanse, erfaring, personlige egenskaper og det eksisterende tjenestetilbudet. Likeverd mellom samarbeidspartnere, løpende dialog, fleksibilitet, et inkluderende brukerperspektiv og gode rammer for fastlegens deltakelse, ser ut til å være de viktigste stikkordene for godt samarbeid (SINTEF 2014).*

Integrated Care Systems ble introdusert rundt år 2000 som et svar på stadig mer fragmenterte helsetjenester. Mange land mener at integrerte helsetjenester er en modell som kan løse deres utfordringer fremover (Grone, 2001). Selv om integrerte helsetjenester har eksistert siden begynnelsen av 2000 tallet, er det vanskelig å finne dokumentasjon på effekten av det (Baxter, et al., 2018).

Primærhelsemeldingen (2014-2015) inneholder en rekke tiltak for å kunne legge til rette for tverrfaglige team, og pilotprosjektet til helsedirektoratet med Primærhelseteam er altså et forsøk på dette.

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999- 2008) var en omfattende satsning. Den beskrev et felles verdigrunnlag med vekt på åpenhet, mestring, brukermedvirkning, forebygging og bedre tilgjengelighet med høy kvalitet på tjenestene. Opptappingsplanens kvantitative mål var vellykket. Spesielt med tanke på styrking av behandlingstilbudet til psykisk psyke. Det vi vet mindre om er kvaliteten og innhold av tjenestene (Borfooss & Larsen, 2001-2009).

*Evaluering av opptappingsplanen for psykisk helse* konkluderer med at opptappingsplanen har fungert godt med tanke på de sykeste pasientene med størst behov innenfor psykisk helsevern. Rapporten beskriver at fastlegene har ønske om mer veiledning og støtte fra spesialisthelsetjenesten ved Distriktpsikiatrisk senter (DPS) og Barne- og ungdomspsikiatrisk poliklinikk (BUP). Det konkluderes med at behovet for samarbeid mellom det kommunale psykisk helsearbeidet og DPS/BUP er stort (Brofooss & Larsen, 2001-2009).



Brofoss & Larsen (2001- 2009) peker spesielt på de to grupper de mener er viktig å ha fokus på fremover. Det er de med lettere psykiske lidelser og eldre med psykiske lidelser. Rapporten viser at det er få pasienter over 65 år som får behandling for psykiske lidelser. Rapporten viser også at man har en vei igjen for å nå målet om styrket brukermedvirkning.

Den nye planen *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse* (2017-2022) skal være helhetlig, omfatte psykisk helsefremmende og forebyggende tiltak.

Primærhelseteam anses å være et ledd i dette ved at fokus skal være på de sårbare gruppene hvor blant annet eldre og pasienter med lettere psykiske lidelser er fremhevet.

## 2.2 Tverrfaglig teamarbeid

Det er skrevet mye litteratur om teamarbeid. Det er en vanlig antakelse at teamarbeid er en bedre og mer effektiv organiseringsform enn individuelt arbeid, men samtidig finnes det forskning som konkluderer med det motsatte (McGrath, 1995).

I en litteraturstudie av Xyrichis et al., 2007 undersøkte man hva som støtter eller hindrer tverrfaglig teamarbeid i primærhelsetjenesten. Forskerne hevder at tverrfaglighet er nødvendig i oppfølging av kronisk syke pasienter i primærhelsetjenesten. De skriver videre at helsemyndighetene i Storbritannia allerede i 1920 mente at teamarbeid var den beste måten å levere helsetjenester på, og at det den gang ble foreslått at fastlegene burde jobbe sammen med andre profesjoner i helsesentre.

I en kanadisk studie av primærhelseteam som fulgte opp hjemmeboende eldre, mente informantene at det var nyttig med teamarbeid (Dieleman et al., 2004). Det ble lagt vekt på at god kommunikasjon, gjensidig respekt, rolleavklaring og læringsvillighet var viktig for samarbeidsklimaet i teamet. I flere av gruppene fant man økt jobbtilfredshet for informantene sammenlignet med tradisjonelt soloarbeid. I en britisk studie av Poulton et al., (1999) studerte man teamstruktur, prosess og effektivitet i 68 primærhelseteam. Forfatterne fant fire prosessfaktorer som ga best team-effektivitet: felles målsetning, deltakelse, fokus på kvalitet og mulighet for innovasjon. Disse fire faktorene ble også løftet frem i en annen britiske studie som studerte 103 primærhelseteam og 113 team i psykisk helse (Borriol, 2000).

Andre studier har sett på sammensetningen av primærhelseteam. I USA har *Nurse Practitioners* (NP) overtatt en del av oppgavene som tradisjonelt har vært gjort av leger (Donelan et al., 2013). Wagner (2000) argumenterer for at sykepleiere kan være bedre skikket til å jobbe etter retningslinjer for oppfølging av kronisk syke pasienter og at de ofte er bedre enn legene når det kommer til kommunikasjon.

Flere artikler nevner potensielle problemer med team. Barr (2011) hevder at når antall personer i et team øker, vil arbeidet knyttet til intern koordinering og kommunikasjon øke. I tillegg vil det kunne oppstå problemer knyttet til konflikter i teamet.

Grumbach et al., (2004) mener pasientene kan oppleve manglende oppfølging når de må forholde seg til flere personer i et team istedenfor en fast lege.

Det er flere studier som ser på profesjonskonflikter i team. I en undersøkelse av Brown et al., intervjuet man 121 medlemmer i 16 primærhelseteam i Canada (Brown & Lewis, 2015). Ifølge forfatterne er konflikt uunngåelig i team. De identifiserer ulike kilder til uenighet, hvor uklar rollefordeling, revirtenkning og usikkerhet rundt pasientansvaret trekkes frem her. De hevder videre at tidsmangel og overarbeid er barrierer for godt samarbeid. Til slutt beskriver forfatterne ulike strategier for konfliktløsning, inkludert spesifikke retningslinjer for konflikthåndtering, intervensjon fra leder, åpen og direkte kommunikasjon i teamet, gjensidig respekt mellom teammedlemmene og ydmykhet.

## 2.3 Psykisk helse hos eldre

Det er å anta at eldre vil ha stort behov for helsetjenester i tiden som kommer. Verdens helseorganisasjon (WHO) mener befolkningen over 60 år vil dobles frem mot 2050.

Eldre med lette til moderate psykiske lidelser utgjør en stor gruppe i samfunnet, og medfører ofte store tap av livskvalitet (World Health Organization, 2015). Studier viser at det er rundt 15-20% forekomst av depresjon hos eldre over 60 år (Rosenvinge & Rosenvinge, 2003; Stordal et al., 2012). Depresjon anses for å være den vanligste formen for psykisk sykdom hos eldre (Forsman et al., 2012; Rosenvinge & Rosenvinge, 2003)

Rundt 15% av eldre over 60 år får en psykisk lidelse, og depresjon rangeres høyt opp på listen over lidelser i verden som innebærer det største tap av livskvalitet og leveår (WHO, 2015).

Angst og lett kognitiv svikt vises ofte i kombinasjon med depresjon hos eldre (Engedal, 2008). Symptomer som depresjon kan ofte bli feiltolket og relatert til alder eller kognitiv svikt. Holdninger kan være at pasienten er så gammel at tilstanden er for sent å gjøre noe med. Komorbiditet kan føre til psykiske helseplager hos eldre. Mange av medisinene eldre bruker kan gi psykiatriske bivirkninger, og disse symptomene blir ofte oversett (Malt et al., 2003).

Karlin & Fuller (2007) viser til at eldre med psykiske vanskeligheter, får mindre enn en tredel av de eldre behandling for dette. Dette gjenspeiler seg også i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, hvor de viser til at svært få eldre behandles ved DPS (Karlin & Fuller, 2007).

## 2.4 Depresjon hos menn

Det er en vanlig oppfattelse at det er flere kvinner enn menn som rammes av depresjon. Statistikker gjenspeiler også dette (Folkehelseinstituttet, 2020).

Menn snakker ofte mindre om følelser enn kvinner, og kan derfor benytte andre og mer destruktive måter å håndtere symptomene på. Motviljen til å snakke om følelser kan også bety at de ikke vil vise sårbarhet. Depresjon er blant en av de vanligste psykiske lidelsene som mennesker kan utvikle i løpet av livet (Helsedirektoratet, 2016). Hos menn er det å håndtere tap, som at forhold tar slutt, noen nær deg dør, eller å miste jobben, som er de vanligste årsakene til utvikling av depresjon. Ved depressive symptomer kan man gjerne oppleve å tenke negativt om seg selv, og ha lavt selvbilde. Tanker som at man er svak, ikke betyr noe, er dum og mislykket kan forkomme (Eknes, 2006). Tap av status, økonomiske vansker og sykdom kan påvirke menns identitet. Menn har et bilde av seg selv som familiens forsørger, og at de ikke må vise at de er svake. Slike oppfatninger vanskeliggjør derfor slike hendelser (Martin et al., 2013).

Menn som utvikler depressive symptomer viser ikke den typiske depressive følelsen. Mennene er i større grad kritiske til seg selv, kan oppføre seg sinte og hissige mot andre, og det kan ofte være krevende å være rundt dem (Eknes, 2006). Martin sin studie viser også til

irritabilitet som symptomer på depresjon blant menn. Statistikk fra Folkehelseinstituttet viser at to av tre som begår selvmord i Norge er menn (Folkehelseinstituttet, 2020).

## 2.5 Psykisk helse hos innvandrere

Ekeberg & Ababe har i en ny nasjonal studie (2020) sett på om innvandrere har større risiko for å få en psykisk diagnose enn etniske nordmenn. Deres funn viser at det er mindre utbredt med en rekke psykiske lidelser hos innvandrergруппene enn hos etniske nordmenn.

Unntakene var risiko for å utvikle schizofreni og PTSD (post traumatisk stress lidelse). Her viser forskerne til at det som skjer etter at de har innvandret er av stor relevans (Ekeberg & Abebe, 2020).

En studie fra psykiatriske poliklinikker i Norge, viste ikke at det var flere innleggelser blant innvandrere, men pasientene fremstod sykere enn andre når de først ble lagt inn (Ayazi & Bøgwald, 2008). Ifølge levekårsundersøkelsen fra 2016, «Helse blant innvandrere i Norge» fra Folkehelseinstituttet, er det store variasjoner i den psykiske helsen mellom innvandrergруппene og på kjønn. Rapporten viser også at sammenhengen mellom innvandring og helse er sammensatt, og at man må ta både fysiske og sosiale omgivelser med når man skal se på den totale effekten av forandringer som påvirker helsen.

Det finnes ulike årsaker til at personer forlater sitt hjemland, forhold som traumatiske opplevelser, traumatiske opplevelser under selve flukten, samt traumatiske opplevelser i mottakerlandet, kan bidra til økt forekomst av psykiske lidelser (Viken & Kumar, 2010).

I en flukt eller flytteprosess går man gjennom ulike faser. Det er naturlig at sorg, savn og tap av identitet vil prege tilværelsen. Mange opplever tap av sosiale relasjoner og økonomisk trygghet. Disse faktorene vil kunne påvirke evnen til ny læring i et fremmed land.

Dahl Sveaas & Varvin, (2006) viser til at dette kan være årsaker til økte somatiske og psykiske symptomer blant innvandrere.

En studie gjort av syriske tvungne migranters helse viser til at migranters helse er dynamisk og raskt kan forbedres. Videre beskriver forskerne betydningen av å anerkjenne positive ressurser hos innvandrere slik at resiliens, tilpasning til ny kultur og styrke av helse kan ha mulighet til å øke (Hay-Jones et al., 2020).

## 2.6 Psykisk helse - kunnskapssyn

Tidligere har psykisk helsearbeid i stor grad vært dominert av et naturvitenskapelig paradigme som har motivert entydiggjøring i form av kvantitativ forskning og diagnostikk. Thornquist sier den fragmenterte biomedisinske sykdomsforståelsen vil kunne være begrensende. Den vil blant annet ignorere kroppen som kunnskapskilde og som uttrykksfelt for menneskers livsverden (Thornquist, 1992).

Kunnskapssyn og kunnskapsregimer influerer sterkt på utdanning innen psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid har utviklet seg i spenningsfeltet mellom en biomedisinsk og en humanistisk eller kontekstuell tilnærming til psykisk lidelse (Wampold, 2001). Innenfor psykisk helsearbeid viser dette seg blant annet i uenighet om hvordan vi skal forstå begrepet «psykisk lidelse» (Wampold, 2001).

Wampold, (2001) sier at utfordringene i psykisk helsefeltet er så komplekse at et enkelt fag eller en faggruppe ikke kan løse disse utfordringene alene.

Biomedisinsk og humanistisk tilnærming er, i rendyrket form, å betrakte som ytterpunkter eller idealtypiske posisjoner. I en studie om kunnskapssyn og etikk peker forskerne på hvordan både biomedisinsk og humanistisk kunnskap bør inngå i et diskursivt felt hvor en lytter til hverandre i de ulike kunnskaps-paradigmer for å forstå mentale problemer (Ulland & Bertelsen, 2010).

Den biomedisinske sykdomsforståelsen bygger på en objektivisering av helse og sykdom. Det forutsettes at det foreligger en forklaring på sykdom. Pasientens symptomer, lidelse og tiltak kommer i fokus.

Med det humanistiske perspektivet er man opptatt av forståelse. Dette innebærer at subjektiviteten (den lidende) legges til grunn. I det humanistiske perspektivet er det pasientens egen livsverden som er gjenstand, og danner yttergrensene, for klinisk praksis. En ønsker å være opptatt av *mening, helhet og kontekst* (Ulland & Bertelsen, 2010).

Ifølge Tore Dag Bøe & Arne Thomassen må man tillate seg å være personlig dersom man skal utvikle en god relasjon og ikke alltid begrense seg til rollen som profesjonell. Det er viktig å vise sin personlighet for pasienten og gi uttrykk for egne holdninger, verdier og egne meninger fordi det er person som møter person i en god relasjon. Relasjonen kan bli

upersonlig dersom man ikke viser seg selv som person og Bøe & Thomassen mener dette er grunnleggende dersom man vil utvikle gode relasjoner. Dette er forbeholdt at meninger blir utvekslet i form av dialog med gjensidig respekt (Bøe & Thomassen, 2017, s. 144-146).

## 3.0 TEORI

Det har vært viktig for meg å være mest mulig tro mot svarene informantene har gitt i sine intervjuer. Teorivalget har derfor vært styrende ut fra datamaterialet, oppgavens tema og problemstilling.

Sykepleiere er oppgavens informanter, og konteksten er sykepleiere i et Primærhelseteam på fastlegekontor. Temaene 1) *Mennesket til menneske forhold* og 2) *Dialog- og relasjonsjonskompetanse* anser jeg som viktige kompetanser i denne studien.

Sykepleierteoriene hos Joyce Travelbee og Kari Martinsen velges i tema 1. Disse to får en nærmere utdypning i punkt 3.1. og 3.1.2. Videre er tema 2. hvor teoriene til Seikkula og Røkenes og Hansen får en nærmere utdypelse i punkt 3.2.

De teoretiske valgene er gjort ut fra oppgavens tema, og dens problemstilling. Videre vil funnene fra datamaterialet være avgjørende for hvilke teorier som velges. Alle disse valgene vil spille en stor rolle i diskusjonskapittelet. Dette er selve grunnlaget for diskusjonen mellom studiens resultater og teorier

### 3.1 Menneske til menneske forhold

Joyce Travelbee vektlegger de menneskelige og mellommenneskelige aspektene i pasient og helsearbeider rollene, og betydningen av de relasjonelle prosessene, spesielt i psykisk helsearbeid. Denne teorien ble presentert første gang i 1966, og er ikke lenger banebrytende, men likevel høyst aktuell.

Travelbee hevder at:

*Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s. 29).*

Travelbee var utdannet psykiatrisk sykepleier i USA. Hun er kjent for uttrykket terapeutisk bruk av seg selv, og for viktigheten av empatiforståelse og brukerorientering. Eksistensiell filosofi og humanistisk psykologi er grunnlaget for Travelbees sykepleieteori. Hun hevder at

opplevelse av sykdom, lidelse og tap er subjektivt, og at bare den det gjelder kan formidle og kommunisere opplevelsen (Berge & Repål, 2000).

Teorien til Travelbee er preget av en hermeneutisk forståelse, med fokus på å forstå sykepleier og pasient. Dette kommer tydelig frem i delen av teorien som omhandler et menneske-til-menneske-forhold:

*Et menneske- til- menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og den hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke får sine behov ivaretatt (Travelbee, 2001, s. 177).*

Relasjonen er en prosess som utvikler seg gjennom mange møter. Målet er, ifølge Travelbee (2001), at relasjonen blir på en slik måte at man ikke ser på hverandre som pasient og sykepleier, men som møte mellom to mennesker. Et menneske- til- menneske forhold er en god relasjon, hvor pasientens behov blir ivaretatt (Travelbee, 2001).

En annen forutsetning for å danne et menneske-til-menneske-forhold er at sykepleieren og den hun har omsorg for, har gått gjennom fire trinnvise faser. De ulike fasene er:

- Det innledende møtet
- Fremvekst av identitet
- Empati
- Sympati og medfølelse

### 3.1.1 Omsorg

Kari Martinsen er sykepleier, magister i filosofi og dr. Philos. Hun er kjent for viktige bidrag innenfor omsorgstenkning og sykepleie. Den danske filosofen, Knud Eiler Christian Løgstrup henviser hun ofte til i sine tekster. Han sine retningslinjer viser Martinsen til når det kommer til det hun kaller urørlighetssonen. Et felles grunntrekk ved livet er at ethvert menneske gjør krav på et helt personlig indre rom for seg og sitt (Martinsen, 2005, s. 33).

Martinsen (2005) beskriver omsorg som relasjonell, moralsk og praktisk. Den relasjonelle omsorgen gis til den andre uten at omsorgspersonen krever noe tilbake. Fagpersonen gis tillit for å utføre praktisk handling på en likeverdig måte og med en respektfull holdning. Videre



problematiserer hun rollen samtalen har fått i dagens helsevesen. Bakgrunnen for dette er utviklingen med organisering etter New Public Management modellen i helsetjenestene og fokus på vitenskapens betydning. Martinsen viser til at kvaliteten i arbeidet måles etter effektivitet. Videre beskriver hun hastighet og travelhet som ødeleggende for menneskelig nærvær. Det vektlegges betydningen av relasjoner og at en god samtale krever nærvær og tilstedeværelse (Martinsen, 2005).

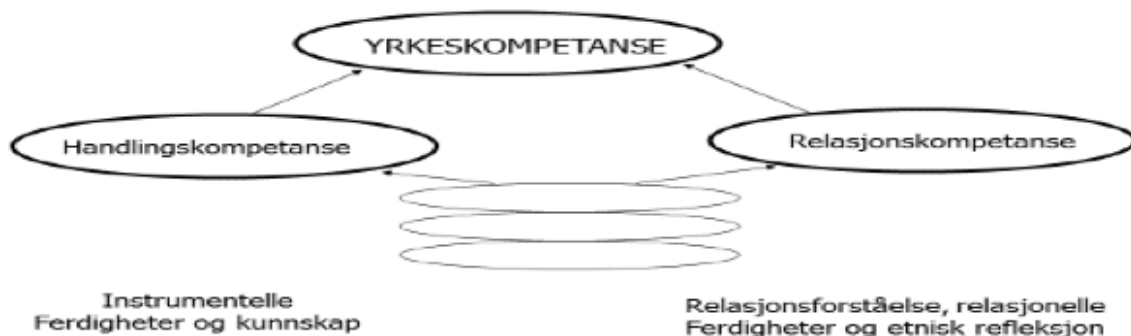
Martinsen vektlegger ikke relasjonen i seg selv i samme grad som Travelbee. Jeg velger å ta med hennes teorier fordi hun vektlegger den skjeve maktfordelingen som ligger i ulike roller og bekrefter i stor grad hva sykepleierne i min oppgave vektlegger når det gjelder ivaretagelse av psykisk helse hos pasienter. Hun mener at omsorg er en sosial relasjon. Ved å gjøre ting for og sammen med andre, tilegner man seg en forståelse av andre mennesker. Videre formidler hun at sykepleie er omsorg, fordi sykepleie alltid skjer i en relasjon (Martinsen, 2005, s. 103).

Martinsens teorier om makt, ansvar og omsorg, anses svært relevante som grunnlag for etisk refleksjon av pasientens rolle og rettigheter i psykisk helsetjeneste.

### 3.2 Dialog og relasjonskompetanse

Relasjonen oppstår i en samhandlingsprosess som baserer seg på trygghet, tillit, tilknytning og troverdighet. Å ha forståelse for den andre vil virke positivt på relasjonen fordi det skaper tillit, og dette kan også være med på å skape endring. Handlingskompetanse er evnen til å gjøre noe med eller for den andre, og bygger på instrumentelle ferdigheter og faktakunnskap (Røkenes & Hanssen 2012, s. 27).

Røkenes & Hanssen definerer yrkeskompetanse som en sammensetting av relasjonskompetanse og handlingskompetanse vises som i modellen under:



Åpen dialog i nettverksmøter er en arbeidsform som er utviklet av Jaakko Seikkula og hans kolleger i Finland. Tilnærmingen ble utviklet i møte med personer som ble psykotiske for første gang, men er etter hvert også blitt anvendt i møte med andre psykisk helse- og rusproblemer, og er nå i bruk over hele verden. Nettverksdialoger er flere retninger av nettverksarbeid hvor det personlige og profesjonelle nettverk møtes om et felles anliggende. Når en gir hjelp i tråd med prinsippene for åpen dialog, innebærer dette blant annet at en fra første stund samler viktige personer i nettverket til den det gjelder. Det er den det gjelder som skal få bestemme hvem som inviteres med. Åpen dialog baserer seg på tanken om at alle menneskers liv er dialogiske fra første stund og gjennom hele livet. Vi blir til gjennom dialoger. Dermed blir også menneskelige vansker og kriser noe vi må møte gjennom dialoger (Seikkula & Arnkil, 2014).

Seikkula og Arnkil sier:

*Når behandleren og klienten møtes ansikt til ansikt, er medlemmene i klientens personlige nettverk allerede til stede som vitner til utviklingen, og det samme gjelder det profesjonelle nettverk (Seikkula & Arnkil, 2014, s.11).*

## 4.0 METODE

Dette kapittelet inneholder begrunnelse av forskningsmetode og beskrivelse av gjennomføring av undersøkelsen. Avslutningsvis løfter jeg frem etiske refleksjoner knyttet til gjennomføringen.

Valg av metoder er avgjørende for forskningsprosjekt og problemstilling. Ulike metoder er ulike virkemidler for å svare på ulike spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2013).

Kirsti Malterud sier at det å velge metoder som kan besvare spørsmål i forskningsstudien er viktig. I denne studien benytter jeg kvalitativ metode basert på fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming som vil være egnet til å bringe frem opplevelser, erfaringer, forståelse og fortolkninger. Semistrukturert intervju er valgt som metode for datainnsamling. Målet er at intervjuet skal åpne for kunnskap som er forankret i informantens livsverden (Malterud, 2017).

Uavhengig av metoden er det viktig å erkjenne at tross krav om objektivitet vil all observasjon være selektiv, data etableres ut fra forskerens forforståelse og ut fra hypoteser og forskningsspørsmål forskeren stiller. Det betyr at all kunnskap som hentes inn er avhengig av de erkjennende subjekt. En bør se all forskning som en form for skapende virksomhet der målet er å innhente ny kunnskap, utvide forståelsesverden eller forstå ting på en ny måte. Det vil til sist være utformingen av problemstillingen som i all forskning vil være avgjørende for valg av, i første omgang nomotetisk eller ideografisk forskningsmetode (Thornquist, 2014).

Innenfor all forskning kjennetegnes vitenskapelighet ved at forskning skal være tilgjengelig for alle, kunnskap skal kunne fremmes av hvem som helst, den skal være åpen og transparent, slik at den blir åpen for kritikk (Keiser, et al., 2000).

### 4.1 Begrunnelse for metodevalg

I denne studien ønsker jeg å få økt kunnskap om erfaringer, meninger og opplevelser sykepleiere i Primærhelseteam har med pasientenes psykiske helse. Jeg ønsker å få tak i deltakernes beskrivelser, refleksjoner og meninger knyttet til teamet.

Kvalitative metoder benytter seg av ulike strategier for innsamling av data, men bygger i hovedsak på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2017).

Den avdekker levd erfaring ved å beskrive menneskers erfaringer og fortolker datamaterialet ved at man trekker ut essensen i teksten og kommer frem til hovedkonsepter ved levd erfaring (Polit & Beck, 2012).

Etter å ha gjennomført semistrukturerte intervjuer som metode, er datamaterialet formidlet så godt som mulig gjennom transkripsjon og analyseprosess. Analysen av datamaterialet er gjort ved hjelp av systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017).

Systematisk tekstkondensering er en metode teoretisk forankret i Giorgis fenomenologiske analyse (Giorgi, 2009) og er modifisert ved Malterud (2017). Metoden egner seg ved tverrgående analyser der målet er utvikling av beskrivelser og begreper gjennom å søke etter essenser eller vesentlige kjennetegn ved de fenomener vi studerer i livsverden til informantene. Analysen skal være eksplorerende, beskrivende og databasert med mål om få frem beskrivelser og begreper om fenomenet. Meningen er å gjenfortelle deltakernes erfaringer uten å legge til egne tolkninger som svar (Malterud, 2017).

På bakgrunn av de vitenskapelige tradisjonene som utgjør et grunnlag for metodene innen kvalitativ forskning, velger jeg å gi en kort beskrivelse av dem her:

**Fenomenologien** baserer seg på den subjektive opplevelsen, og man søker en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer. Edmund G. A. Husserl sies å være fenomenologiens far (Zahavi, 2003.) Han mente vi ikke ser og hører tingene i våre omgivelser som de er i seg selv, men at mennesker tolker sine omgivelser og gir dem egen mening. Tolkning av meningsutsagn og erfaringer fra deltakerne vil stå sentralt og opplevelsen av tjenesten vil bli beskrevet slik deltakerne opplever den (Zahavi, 2003).

**Hermeneutikk** vektlegger betydningen av kontekst, noe som er vesentlig i min studie. Den vektlegger at den ikke er en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på ulike nivåer. Metoden var først i bruk blant teologer og jurister som en måte å analysere tekster på. Det grunnleggende prinsippet er at man veksler mellom forståelsen av deler av teksten til forståelse av teksten som helhet. Denne prosessen kalles den hermeneutiske sirkel, og pågår til man opplever å forstå teksten som sammenhengende og konsistent (Kvale & Brinkmann, 2009).

## 4.2 Forforståelse og den hermeneutiske sirkel

De forutsetninger vi har med oss når vi møter andre mennesker eller skal lese en tekst er eksempler på forforståelse. Holdninger og meninger vi har dannet oss på forhånd, kan bestå av språk, begreper, teorier, trosforestillinger eller erfaringer (Aadland, 2011, s. 181-186).

Nilssen (2012, s. 31) viser til at forskeren blir påvirket av det han eller hun forsker på, og at fenomenet det forskes på også blir påvirket av forskeren. Det nevnes tre former for refleksivitet:

- Hvilken innvirkning forskerens tilstedeværelse har på settingen og informanten
- Hvilket forhold forskeren har til informanten
- Hvilken forforståelse forskeren har

Min teoretiske forforståelse er preget av humanistisk psykologi og sykepleie teori. Jeg jobber daglig med modeller og teorier som ulike former for traumeterapi, tilknytningsteori, toleransevindu modellen og endringstriangelet. Vi veksler mellom forforståelse, fortolkning, teori, praksis, refleksjon og opplevelse. Den hermeneutiske spiralen gir et bilde på menneskelig meningsutveksling, opplevelse, fortolkning og verdiorientering (Aadland, 2011, s. 190).

Min forforståelse da jeg skulle gå i gang med masteroppgaven bestod av lang erfaring i ulike deler av den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenestens tilbud til de med psykisk sykdom. Jeg hadde noen tanker om temaet basert på min forforståelse, blant annet om brukergrupper og ulike behov. Min forforståelse ble påvirket av både yrkeserfaring og teoretisk kunnskap. Jeg hadde en mening om at psykisk helseutfordringer hos pasientene var undervurdert og lite fokusert på i konsultasjoner. Jeg var nysgjerrig på hvordan de jobbet med ulike utfordringer pasienten fortalte om, og ble overrasket over usikkerheten enkelte av informantene uttrykte over håndtering av psykiske helseutfordringer. Forskningsspørsmålet jeg startet med førte underveis til at det dukket opp nye spørsmål. Den hermeneutiske spiralen ble da benyttet som utgangspunkt for undersøkelsen. Når nye spørsmål dukket opp og avdekket sider jeg ikke tidligere hadde tenkt på, bidro dette til hvordan jeg har forstått helheten. Mitt formål med denne studien var å få større innsikt i hvordan sykepleiere i Primærhelseteam erfarte og opplevde pasienters psykiske helse. Oppgavens tema og problemstilling var veiledende for hele prosjektet.

### 4.3 Rekruttering og utvalg

Kvalitative studier baserer seg på utvalg, noe som vil si at informantene har de egenskapene eller kvalifikasjonene som er strategiske i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2013). Målet vil alltid være at utvalget skal bidra med nok variasjon og bredde til at datamaterialet gir svar på problemstillingen (Malterud, 2017; Grimen & Ingstad, 2015).

Jeg valgte å intervju 5 sykepleiere, som alle var ansatt i Primærhelseteam. Informantene jeg intervjuet er fordelt på tre ulike Legekontorer i samme helseregion. Utvalget ble basert på hvilke sykepleiere som var tilgjengelige. Det er få Primærhelseteam så langt, og derfor ikke mange informanter å velge mellom. Covid-19 situasjonen gjorde at jeg ikke kunne reise til alle stedene. Enkelte fastlegepraksiser ble satt i beredskap, og måtte derfor legge primærhelseteam arbeidet til sides. Kriteriene de blant annet er valgt ut fra var at de hadde jobbet i Primærhelseteam minimum et år, og at de hadde minst fem års erfaring som sykepleiere. Utvalget bestod av sykepleiere av begge kjønn mellom 35-65 år. Det å intervju sykepleiere jeg hadde kjennskap til kan fort føre til en dobbeltrolle som forsker og kollega, og jeg drøftet dilemmaet med både veileder og leder før jeg tok stilling til å gjennomføre undersøkelsen. Det at jeg kjente til sykepleierne kan likevel ha vært med på å påvirke svarene jeg fikk i intervjuene.

Jeg jobber selv i samme prosjektet som informantene, men med annen stillingsinstruks enn de jeg har intervjuet. Det vil si at jeg er ansatt som spesialsykepleier innen psykisk helse og har ansvaret for koordinering og oppfølging av denne pasientgruppen. Sykepleierne jeg intervjuet er somatiske sykepleiere og har i hovedsak ansvar for oppfølging og kontroller av somatiske tilstander som for eksempel kols, diabetes og hjertesvikt. Grunnen til at jeg valgte å intervju de somatiske sykepleierne er fordi jeg ønsket å se hvilke erfaringer de gjorde seg i møte med psykisk helse i sitt arbeide. Her har jeg lagt til grunn at psykiske helseutfordringer ses i sammenheng med somatisk helse og motsatt.

Jeg tok selv kontakt med 8 informanter. De var alle positive til å la seg intervju. Dermed gjorde jeg en avtale med fem av dem, med tanke om at jeg da hadde flere å velge mellom dersom noen av intervjuene skulle vise seg å ikke fungere eller av andre grunner ikke lot seg gjennomføre. Jeg opplevde ikke rekrutteringsprosessen som utfordrende. Før jeg gikk i gang

med selve intervju prosessen gjennomførte jeg en pilot intervju på en kollega for å teste om intervjuguiden fungerte slik jeg ønsket.

I utgangspunktet var planen min å gjennomføre fokusgruppeintervjuer hos 3-5 ulike primærhelseteam. Tanken var da å inkludere både fastlege, sykepleier og helsesekretær. På grunn av Covid-19 situasjonen ble dette vanskelig å få gjennomført i praksis, da de fleste legesentrene fikk andre eller økte arbeidsoppgaver. Valget falt derfor på å gjennomføre intervjuene med kun sykepleierne da de opplevdes lettere tilgjengelige for meg i denne perioden.

Jacobsen beskriver at det og kan være fordeler ved å forske på egen arbeidsplass. Forskeren kan bli møtt med større tillit og tilgangen til informasjonen kan være bedre. Forskeren er kjent med indre strukturer, noe som kan gjøre det enklere å skille ut hvor og til hvem man skal henvende seg for å få frem ønskelig informasjon.

Utfordringene ved å forske på egen arbeidsplass kan blant annet være at man unngår å fange opp det en utenfra muligens ville kunne fanget opp. Det kan også være problematisk å forholde seg kritisk til informasjonen man får, siden vi har meninger knyttet til temaet basert på egne erfaringer. En annen utfordring kan være at vi allerede har tanker om hvordan ting er på forhånd, som kan gjøre at vi noterer oss det vi ønsket å se på før undersøkelsen (Jacobsen, 2010, s. 21-23).

Min erfaring med å forske på eget arbeidsområde er at det ikke opplevdes for nært. Jeg jobber hovedsakelig kun med psykiske helseutfordringer og vet at pasientene som kommer til meg har disse utfordringene. De sykepleierne jeg intervjuet skal i utgangspunktet ha fokus på det somatiske hos pasientene. De har pasienter med diabetes, kols og andre kroniske sykdommer som sitt arbeidsområde. Siden psykisk helse forekommer i alle aldre, tilstander og samfunnslag ønsket jeg å se nærmere på hva sykepleierne uten spesialkompetanse på psykisk helse fanget opp og hvilke erfaringer de gjorde seg. Jeg ønsket å se om det som ble fanget opp i Primærhelseteam var noe man ellers ikke dekket eller avdekket på et fastlegekontor. Det at jeg kjente til hvordan det jobbes i et Primærhelseteam, og på den måten hadde god kontakt med andre legesentre i prosjektet gjorde det enkelt å få tak i informanter. For meg har det vært en fordel å ha kunnskap om prosjektets formål og målgrupper ved gjennomføringen av intervjuene.

## 4.4 Gjennomføring

Jeg avtalte tid og sted med informantene. Fire av intervjuene fant sted på deltakernes arbeidsplass. Det femte ble, av praktiske årsaker og Covid-19 situasjon, gjennomført digitalt. Intervjuene varte ca. 1 time og alle fikk påminnelse om at det hele tiden var frivillig å delta, og at de kunne velge å trekke seg fra studien når som helst.

I mine intervjuer prøvde jeg å legge vekt på åpenhet og tillit og hadde søkelys på at informantene skulle få snakke uten avbrytelse.

Alle informantene samtykket til bruk av båndopptaker. Jeg skrev i tillegg stikkord til meg selv underveis i intervjuene. Strukturen i intervjuene var ulik. Jeg opplevde en god flyt i samtalen og synes intervjuguiden fungerte relativt godt i henhold til temaene jeg ønsket å se nærmere på. Erfaringene jeg gjorde meg under intervjuene var blant annet at det var lett å falle inn i terapeut rollen jeg vanligvis har med pasienter. Jeg tok meg selv i å komme med egne meninger og refleksjoner enkelte ganger. Oppmuntrende kommentarer underveis i intervjuet opplevde jeg fungerte godt, og gjorde at informantene ble mer engasjerte.

## 4.5 Semi-strukturert individuelle intervju.

Semi-strukturert intervju forgår som en samtale med informantene. Forskeren velger ut temaer i forkant som inngår i alle samtalen, men gjennomføringen er fleksibel. Meningen er at intervjuet kan utvikle seg i flere retninger basert på informasjonen informantene bidrar med.

I denne studien ønsker jeg å fremme informantens egne erfaringer, opplevelser og meninger knyttet til jobben de gjør i Primærhelseteam, og hva de avdekker og dekker av behov med tanke på psykisk helse hos pasientene. Individuelt Semi-strukturert intervju ble valgt fordi jeg ønsket at informantene ble stilt tilnærmet like spørsmål, samtidig som det åpner opp for innspill fra informantene. Jeg opplevde at denne metoden gjorde meg mer fleksibel og informantene kunne utdype sine svar ved behov.

Kvale & Brinkmann definerer et semi-strukturert intervju som *en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av informantens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet.* (Kvale & Brinkmann, 2013, s. 325).



I intervjusituasjonen er det viktig at forskeren vektlegger konfidensialitet. Alle data om enkeltpersoner skal behandles fortrolig og bli anonymisert slik at det ikke er mulig å identifisere informantene basert på materialet man får (Grønmo, 2007).

Alle informantene fikk både muntlig og skriftlig informasjon om oppgaven og det ble innhentet samtykke erklæring (vedlegg nr. 3).

## 4.6 Intervjuguide

Min intervjuguide inneholder åpne spørsmål og eventuelle oppfølgingsspørsmål/stikkord. Jeg stilte få og åpne spørsmål og håpet på spontane og levende svar. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, noe som i etterkant gjorde det lettere å få med hva som faktisk ble sagt, og gjorde også transkriberingen lettere (Grimen & Ingstad, 2015). Temaer og spørsmål i intervjuguiden ble forberedt med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

Intervjuguiden inneholdt følgende temaer:

*Brukergruppe*

*Behov*

*Tilnærming og kompetanse*

*Samarbeid*

Pilotintervjuet jeg gjennomførte med en kollega ga meg muligheten til å få en erfaring med intervjuguiden. Allerede da så jeg at noen av spørsmålene måtte endres på, da svarene jeg fikk ikke opplevdes dekkende nok i forhold til min problemstilling. Jeg så også at jeg måtte velge mine oppfølgingsspørsmål på en annen måte enn først tenkt, da de fort ble ledende.

I transkriberingen er det forsøkt å gjengi informasjon så detaljert som mulig. All dialekt ble oversatt til bokmål for å ivareta konfidensialitet da dialekt ville kunne svekke anonymiteten til informantene. Småord som f.eks «eh» «hm», pauser eller gjentakelser blir ikke gjengitt. Det ferdige tekstmaterialet ga utgangspunkt for analysearbeidet. Transkribering er å se på som en form for språkvask for å gjøre materialet mer tilgjengelig (Malterud, 2017).

## 4.7 Analyse

Dataanalysen ble gjennomført med Malterud sin metode; systematisk tekstkondensering. Metoden er opprinnelig utarbeidet fra Giorgis fenomenologiske analyse, og senere gjennomarbeidet av Malterud (2017). Målet med bruken av denne metoden var å øke forståelsen for og å utvikle ny kunnskap basert på informantenes erfaringer (Elo & Kyngäs, 2008).

*Analysen skal brygge bro mellom rådata og resultat ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet* (Malterud, 2017, s.91).

Analysen er eksplorerende, tverrgående og deskriptiv (Malterud, 2017). Analysen er delt inn i fire trinn:

1. Helhetsinntrykk av materialet – fra kaos til tema.
2. Identifisere meningsbærende enheter i teksten – fra tema til koder.
3. Abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene- tekstkondensering – fra kode til mening.
4. Sammenfatte betydningen av de meningsbærende enhetene – fra kondensering til beskrivelse og konsept.

### Trinn 1. Fra kaos til tema

Første trinn består av å finne et foreløpig tema i materialet. Jeg valgte først å lese intervjuene så åpent og fordomsfritt som mulig slik at jeg fikk dannet meg et helhetsinntrykk og ble kjent med materialet. I denne fasen var det, i følge Malterud (2017), viktig aktivt å sette egne teoretiske referanserammer midlertidig til side slik at forskere åpent kunne la materialet formidle informantenes stemmer. Etter å ha lest gjennom tekstene noen ganger begynte jeg å skrive notater. Notatene inneholdt bla. eksplisitte og implisitte utsagn, standpunkter og meninger. Etter å ha oppsummert inntrykket av intervjuene kunne jeg se at det var temaer i alle intervjuene som kunne knyttes til problemstillingen. Å finne disse temaene er første trinn i organiseringen av materialet. I første omgang valgte jeg ut 8 temaer. Disse ble så redusert til fire temaer: sårbare grupper, samarbeid, tilnærming og pasientens behov.

## Trinn 2. Fra tema til koder

Etter at teksten var gjennomgått startet prosessen med å forsøke å identifisere meningsbærende enheter som opplevdes relevante for undersøkelsen. I følge Malterud (2017) anses ikke all tekst som meningsbærende, og målet er å velge ut en tekst som bærer med seg kunnskap om ett eller flere temaer fra første trinn, og som sier noe om problemstillingen. Samtidig som de meningsbærende enhetene markeres i teksten starter den første systematiseringen av dem, det som Malterud kaller koding (Malterud, 2017). I denne fasen skal den egne teoretiske forståelse tas med i analysen og den skal foregå med en åpenhet og fleksibilitet.

Temaene ble delt inn i fargekoder for lettere å synliggjøre dem, og meningsbærende enheter i teksten som handlet om samarbeid ble markert med, for eksempel, gult. Det ble gjort flere vurderinger underveis på om kodene var plassert i rett tema. Der det var nødvendig ble kodene flyttet, plassert i flere grupper eller tatt bort.

## Trinn 3. Fra kode til mening

I følge Malterud vil man i systematisk tekstkondensering kunne jobbe videre med hver enkelt kodegruppe som enhet. Materialet blir så kategorisert videre i subgrupper.

Neste steg er at innholdet i subgruppene blir tolket. Malterud skriver at subgruppene blir tolket ut fra vårt faglige perspektiv og ståsted. Ut fra min tidligere koding lagde jeg en tabell som viste hvilke meningsbærende enheter fra sykepleierne som var knyttet til de foreløpige temaene. Videre så jeg på kodegruppene og lagde subgrupper for å få en bedre oversikt over datamaterialet.

På dette trinnet lagde jeg også kondensater, eller kunstig sitat som Malterud kaller det. Kondensat er en tekst som bygges opp av elementer fra meningsbærende enheter i subgruppen. Det skal være så tekstnært som mulig. Jeg-form brukes her for å representere hva deltakerne omtrent sa under intervjuet. Kondensat blir arbeidet med i siste trinn i analysemodellen (Malterud, 2017).

Tabellen vises her:

TEMA	SUBGRUPPER
Teamarbeid	<ul style="list-style-type: none"><li>- Å kunne drøfte med legen</li><li>- Bredde i tilbudet</li><li>- Trygghet for pasienten</li><li>- Tverrfaglig</li></ul>
Sårbare grupper	<ul style="list-style-type: none"><li>- Eldre</li><li>- Innvandrere</li><li>- Menn</li><li>- Manglende kunnskap</li></ul>
Tillit	<ul style="list-style-type: none"><li>- Koordinerte tjenester</li><li>- Tilgjengelighet</li><li>- Mestring</li></ul>
Tid	<ul style="list-style-type: none"><li>- Helhetlig</li><li>- Tid til pasientene gir bedre vurderinger</li><li>- Tilnærming</li></ul>

#### Trinn 4. Fra kondensering til beskrivelse og konsept.

Malterud sier det fjerde trinnet skal bitene settes sammen igjen, og funnene skal fremstå som en form for gjenfortelling som kan legge grunnlag for nye beskrivelser eller begreper.

Hun velger å kalle den analytiske teksten for kategorier, og hver av kategoriene får så en overskrift som skal representere essensen av fortellingen. Den analytiske teksten skal til slutt valideres mot det empiriske materialet (Malterud, 2017). I dette trinnet gikk jeg tilbake til råmaterialet og ser om det jeg fant av funn stemmer med deltakernes kontekst. Dette vil i praksis si at funnene valideres opp mot det empiriske materialet.

Funnene blir presentert i kapittel 5. Der drøftes funnene opp mot forskning og teori som er valgt med tanke på relevans til problemstillingen.

## 4.8 Metodekritikk

Reliabilitet kan forstås som om forskningsresultatene er troverdige. Reliabilitet i kvalitativ forskning omhandler forskers evne til å redegjøre for sin egen rolle i studien, og det er avgjørende for kvaliteten på prosjektet å være kritisk til alle deler av prosessen (Tjora, 2012).

Validitet kan forstås som sannhet, og om metoden vi benytter undersøker det som var utgangspunktet for studien (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 250-253). Studien må være tydelig i forhold til en kritisk og reflektert holdning gjennom hele prosessen. Forsker må synliggjøre sin egen forforståelse og refleksjoner, og stille kritiske spørsmål i forhold til alle ledd i prosessen (Tjora, 2012).

Refleksivitet og åpenhet er to kriterier for god kvalitativ forskning. I disse begrepene ligger forskerens evne til å se seg selv og det subjektive som tas inn i forskningen, og viktigheten av å være åpen og selvrefleksiv om dette. Malterud bruker metaforen the knowers mirror om refleksivitet. Forskeren har alltid bygget seg opp både personlige og profesjonelle fordommer og forkunnskap om feltet man går inn i. Refleksivitet handler ikke om at disse fordommene skal fjernes, men at forsker skal være ærlig på å definere hva forkunnskapen innebærer (Malterud, 2017, s. 484).

I alt vitenskapelig arbeid er det nødvendig å gjøre vurderinger om arbeidets validitet og reliabilitet. Dette skal gjøres i alle deler av prosessen. Malterud skriver at studiens styrker og svakheter skal vurderes i metodediskusjonen, og at dette bør komme før resultatdiskusjonen (Malterud, 2017).

Kriterier studien skal vurderes opp mot er intern validitet som sier noe om i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og fenomenet som er undersøkt, og ekstern validitet som angir i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner. Eller etter momentene pålitelighet, holdbarhet, troverdighet og overførbarhet (Korstjens & Moser, 2017).

Et lite utvalg kan begrense validiteten, men deltakerne har gitt informasjon uavhengig av hverandre. Utvalget har sin styrke i at de har nærhet til temaet og erfaringer fra samme type arbeid. Funnene som er gjort i denne undersøkelsen viser samsvar med tidligere forskning, noe som bidrar til å styrke validiteten (Jacobsen, 2010).

Angående litteratursøk og litteratur kan det være forskningslitteratur og artikler jeg ikke har fått med. Jeg har ikke funnet mye av tilsvarende forskning på mitt tema. Jeg har gjort et utvalg på forskningslitteratur og teori som jeg mener er relevant til funn i denne studien. Jeg har fått innspill av veilederen min til å finne relevant teori. Forskningsleder i kommunen (Eirik Abildsnes) og prosjektleder for Primærhelseteam i Helsedirektoratet har også kommet med innspill på relevant teori i starten av prosjektet.

Jeg forsøkte underveis å ha fokus på å være åpen for overraskende og uforutsette empiriske funn. Ved å ha dette fokuset mener jeg at jeg var åpen i forhold til min koding. Det er likevel ikke til å unngå at forforståelsen man har med seg kan ha en påvirkning for kodingen. Gode forberedelser som prøveintervju øker tryggheten for den resterende gjennomføringen. Jeg opplevde at jeg som forsker følte meg mer forberedt til å gå ut i forskningsfeltet, og det bidro til at gjennomføringen av intervjuene gikk fint (Korstjens & Moser, 2017). Deltakerne viste engasjement og kom spontant med eksempler når spørsmål fra intervjuguiden ble stilt.

Etter transkriberingen av lydopptak leste jeg gjennom alle mine notater og intervjuer for å få en bedre oversikt og innblikk i mine funn. Min posisjon som forsker kan være preget av uerfarenhet, men jeg synes jeg har funnet god faglig støtte i både faglitteratur, kollegaer og veileder. Anbefalingen om å skrive loggbok viste seg å være svært nyttig ved at fortløpende beskrivelser om hva som er gjort gir bedre oversikt over arbeidsprosessen. Spesielt når jeg har hatt behov for å gå tilbake til et tidligere tidspunkt i analyseprosessen, noe jeg gjorde flere ganger for å sikre at mine abstraheringer var i tråd med rådatamaterialet (Malterud, 2017).

Vedrørende funnene i studien må man ta i betraktning at fastlegekontorene ligger i forskjellige områder og bydeler. Av den grunn kan enkelte ha overvekt av ulike pasientgrupper av blant annet sosioøkonomiske grunner. Ideelt sett kunne jeg hatt et strategisk utvalg med større bredde i informanter og interessegrupper som helsesekretærer og fastleger. I dette tilfelle ville det sprengt rammene for en masteroppgave.

## 4.9 Etikk

Prosjektet ble sendt NSD og FEK, og ble godkjent der før oppstart.

Forskningen i denne studien vil bli utført med utgangspunkt i mitt eget fagfelt, noe som kan være med å påvirke funnene. Samtidig tenker jeg det kan være en styrke for forståelsen av datamaterialet som vil bli samlet inn. Deltakerne fikk alle skriftlig og muntlig informasjon om bakgrunn for studien, undersøkelsens hensikt og temaer som intervjuet ville omhandle. Deltakerne skrev under på et samtykkeskjema hvor det ble tydeliggjort at de når som helst kunne trekke seg fra studien (vedlegg nr. 3).

Grunnleggende etiske prinsipper kommer frem både i Nürnberg-koden og i Helsinki-deklarasjonen, samt lovverk som personopplysningsloven, helseforskningsloven og forskningsetikkloven (Malterud, 2017). I den kvalitative forskningen kommer man tett på deltakerne. Dette stiller krav til etisk bevissthet hos den som undersøker (Thornquist, 2014).

All forskning må underordne seg etiske og juridiske retningslinjer. Fire områder trekkes fram som sentrale når det gjelder etiske retningslinjer for forskere: Informert samtykke, fortrolighet, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale & Brinkmann, 2013). Jeg vil gjennomgå disse under her:

### Informert samtykke

Dette innebærer at deltakerne skal få informasjon om formålet med undersøkelsen og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. Gjennom hele studien skal de ha mulighet til å trekke seg fra å delta. I min studie var alle deltakerne over 18 år, og jeg behøvde derfor ikke ta hensyn til samtykkekompetanse.

### 2. Konfidensialitet

For at informantene skulle føle seg trygge på at deres medvirkning ikke skulle kunne gjenkjennes, fikk de skriftlig og muntlig informasjon om hva dataene skulle brukes til, og hvordan dataene skulle bli behandlet. Anonymitet ble ivaretatt gjennom hele undersøkelsen fra rekruttering, intervju og presentasjon av funn. Det er ikke brukt navn hverken i transkribering av intervju eller i analyse. Det kom frem ingen informasjon i intervjuet som gjorde at arbeidsplass eller sted ville bli gjenkjent, så det var ikke nødvendig å omskrive sitater (Malterud, 2017).

### 3. Konsekvenser

En risiko som kan oppstå i kvalitative undersøkelser er at intervjusituasjonen kan få frem minner som aktiverer psykologiske stressreaksjoner (Lazarus, 1999; Malterud, 2017). Dette anså jeg ikke som reelt under mine intervjuer, men jeg hadde det med meg og var forberedt dersom det skulle oppstå uventede reaksjoner.

### 4. Forskerens rolle

I en kvalitativ studie er hensikten å utvide kunnskap innenfor et fagområde ut fra deltakernes perspektiv. Informasjonen blir hentet inn i direkte møter med deltakerne. Det medfører et ansvar fra forskeren (Kvale & Brinkmann, 2013).

I denne undersøkelsen møtte jeg sykepleiere i Primærhelseteam. Møtene bar preg av at jeg som student og fagperson styrte både tema og spørsmål, noe som innebar en asymmetri i maktforholdet mellom oss (Kvale & Brinkmann, 2013; Mesel & Leer-Salvesen, 2013). Gjennom spørsmålsformuleringer kunne jeg ha påvirket svarene til sykepleierne slik at det passet med min egen forståelse av temaet (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg måtte hele tiden være bevisst på dette. Forsker kan både forsterke og redusere maktubalansen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Under gjennomføringen av intervjuene var det viktig for meg å spesifisere bakgrunnen for undersøkelsen og min rolle som forsker og student ovenfor informantene. I pilotintervjuet jeg gjennomførte oppdaget jeg at det var viktig at jeg ikke la føringer for hva slags informasjon jeg var ute etter. Jeg ga derfor få opplysninger om mine tanker rundt temaet og var bevisst på å ikke stille ledende spørsmål. Ettersom jeg fikk kommentarer på at de følte seg usikre i møte med pasienter som strevde psykisk, og at jeg, med min videreutdanning og kompetanse nok kunne dette bedre enn dem, var jeg spesielt bevisst på å ikke spørre oppfølgingsspørsmål de ikke hadde forutsetninger til å svare på. Jeg valgte å transkribere hvert intervju før gjennomføringen av neste, og informantene ble tilbudt å lese gjennom de ferdige transkriberte intervjuene. Det var ingen som takket ja til dette.

Kvale & Brinkmann poengterer at det allerede fra prosessen i intervjuet til ferdig transkribert tekst ligger både tolkninger og muligheter for å miste eller endre forståelsen av det som ble formidlet (Kvale & Brinkmann, 2009). For å forstå nyanser i det som blir sagt kan



kroppsspråk og mimikk være viktige deler som forsvinner i det intervjuet er over (Gadamer, 1999).

Man kan stille spørsmål om resultater er sanne, stabile og relevante for synliggjøring av ulike aspekter ved forskningens troverdighet (Malterud, 2017). Mitt ansvar som forsker vil bli å ha tilstrekkelig transparente data til at andre kan vurdere om funn kan ha overføringsverdi i en lignende kontekst.

Jeg har konkludert med at datamaterialet jeg har samlet inn ikke omhandler sensitive opplysninger. Uttalelsene til informantene handler om faglige erfaringer knyttet til deres arbeidsplass og de beskriver erfaringer fra dette. Dersom informantene kom med eksempler som omhandlet pasientopplevelser hadde jeg allerede i starten, og underveis i intervjuet, minnet om viktigheten av taushetsplikten. I og med at informantene er sykepleiere og dermed vant med denne måten å snakke om pasienter på, opplevde jeg aldri at det ble en utfordring. Ingen av de jeg intervjuet nevnte navn på pasienter og det kom heller ikke frem detaljer som gjorde noen gjenkjennelige.

## 5.0 PRESENTASJON AV FUNN

Metodekapittelet vil være førende for dette kapitelet som er en presentasjon av studiens funn. Forskningsspørsmålene sammen med samtalen utfra intervjuguiden har først til to hovedtemaer som funnene blir presentert i. Jeg gjengir flere direkte sitater som en bekreftelse på informantens uttalelser. De to hovedpunktene er som følger:

-Hovedtema 1: Sårbare grupper: eldre, deprimerte menn og innvandrere.

-Hovedtema 2: Relasjoner: tid, tillit, og teamarbeid.

### 5.1 Utvalgte grupper

Her vil jeg ta for meg de gruppene som ble nevnt av informantene, og som de opplevde skilte seg mest ut når det gjaldt psykiske utfordringer. Informantene var noe overrasket over forekomst av psykiske problemer i disse gruppene. De var enige om at tjenesten de gav i Primærhelseteam burde være til utvalgte sårbare grupper. Innen psykisk helse synes de likevel det var vanskelig å skille ut hvilke grupper det skulle gjelde. De uttrykte i stor grad et ønske om å se mennesket bak symptomene, og de var tydelige på at psykiske vanskeligheter kunne oppstå hos alle mennesker.

#### 5.1.1 Eldre

Angst, depresjon og selvmordstanker hos eldre er et tema som går igjen hos flere av informantene.

Informantene uttrykker frustrasjon over mangel på steder hvor de eldre kan være sosiale. De beskriver at de eldre synes å være i behov av et sted hvor de kan få hjelp med vanskelige tanker, uten at de nødvendigvis er i behov av henvisning til alderspsykiatrien.

*Det er jo ikke akkurat sånn at de blir tatt imot med åpne armer når vi ringer rundt.*

Videre opplyser informantene om at de ble overrasket over at det er så mange som har selvmordstanker. Dette er et tema de beskriver som ubehagelig å tenke på, og at de kjenner på en form for maktesløshet når de eldre tar det opp.

*Det er ikke så lett da...når de begynner å snakke om at de vil dø. Jeg kjenner jeg blir så trist av å tenke på at de har det så vondt at det er den eneste utveien de ser.*

Videre fortalte informantene om situasjoner hvor pasienter gråt når sykepleierne skulle dra. Ifølge en informant uttrykte disse pasientene ofte angst og utrygghet for å være alene.

*Jeg er jo kanskje den eneste pasienten har snakket med denne uka.*

Videre i intervjuene beskrives det erfaringer om at mange av de eldre er ensomme, og at de opplever det vanskelig å motivere dem til å delta på aktiviteter.

*Man må liksom hjelpe og motivere over tid for å få de til å prøve nye ting. Det virker som de har en oppfatning selv av at de er til bry. Nesten som at de vet de er en nedprioritert gruppe.*

### 5.1.2 Menn

I intervjuene blir det gitt uttrykk for at det avdekkes psykiske symptomer hos endel menn. Dette var en gruppe pasienter som informantene oppfatter som ressurssterke og tilsynelatende hadde livet «på stell». De ga uttrykk for at mange av mennene hadde gått lenge med symptomer på depresjon, uten at de hadde snakket med noen om det. Mennene kom de i kontakt med ved at de først og fremst hadde fysiske symptomer de ønsket å se nærmere på.

*Veldig ofte kommer de for å måle blodtrykk, ta EKG eller fastlegen har sendt dem for at vi skal veilede med kostholdsråd.*

Flere oppga at de oppfattet mennene som litt sinte og irriterte når de kom til første konsultasjon.

*Er jo ikke rart at blodtrykket blir høyt hvis man konstant er sint og irritert.*

Ved å ta seg tid, og be pasientene utdype det de strevde med, opplevde de at de fikk en helt annen type informasjon enn hva de i utgangspunktet hadde sett for seg. Ifølge informantene var det flere menn som oppga at de konstant gikk rundt med dårlig samvittighet fordi de var mye sinte på kone og barn.

*Så kommer de for å sjekke blodsukkeret da.....Ofte ligger det jo noe annet bak.... Kanskje vanskeligheter med kona, konflikter på jobb eller at de ikke har jobb! Da er det jo fort gjort å gjemme seg bak chips og pepsi-max istedenfor å snakke med noen om de vonde følelsene.*

En av informantene sa hun oppfattet det som at konkrete hendelser som tap av jobb, brudd i forhold og vanskelig økonomi spilte en stor rolle i hvordan menn utviklet symptomer på depresjon. Menn med overvekt og kroniske sykdommer som diabetes og hjertesykdom utgjorde en stor del av gruppen menn sykepleierne var i kontakt med. Sitatene nedenfor sier noe om hvordan de opplever møtet med disse mennene:

*Mange opplever det som et nederlag å fremstå svak. Noen ganger har de båret på så mye smerte over flere år at det har hopet seg opp. Når vi har tid til å sitte der å lytte kommer plutselig alt opp. Jeg tror de blir overraska selv noen ganger.*

En av informantene forteller:

*Ofte kan menn komme med en tilsynelatende enkel bestilling. Så spør jeg litt mer, og da får jeg plutselig hele historien. Som for eksempel dette:*

*Pasient: Jeg trenger resept på sovemedisin*

*Sykepleier: Jeg ser du ikke har fått det tidligere?*

*Pasient: Jeg trenger nok en time hos legen også for jeg må ha en sykemelding*

*Sykepleier: Du ønsker sovemedisin og en sykemelding hører jeg, kan du si litt mer om hva det gjelder?*

*Pasient: Jo jeg spilte vekk 700 000 kr i natt. Så nå har jeg et damn shit problem*

### 5.1.3 Innvandrere

Informantene ga uttrykk for at kontinuitet var viktig for å bygge en tillitsfull relasjon til pasientene. Dette ble nevnt som svært viktig når det kom til pasienter med innvandrerbakgrunn. De la vekt på at en god relasjon var viktig for å kunne yte riktig og god helsehjelp.

*Det må være en viss kontinuitet over samtalene, ellers blir det som å starte på nytt hver gang. De ber jo ikke alltid om hjelp selv, og som regel er det da somatiske smerter de kommer for. De sier de ikke vil være til bry. Men de vil gjerne treffes når vi spør og tar initiativet.*

Det ble fortalt om pasienter som sluttet å oppsøke fastlegen fordi de ikke kjente dem godt nok eller følte at de ikke kunne stole på dem. En av informantene ga uttrykk for at hun forstod det:

*Det kan ikke være lett å skulle fortelle livshistorien din på ti minutter, samtidig som du ikke behersker språket. Da hadde ikke jeg orket å fortelle hvordan jeg egentlig hadde det og om sorgen over alt jeg hadde mistet.*

På spørsmål om bruk av tolk var det ulike erfaringer med dette. Enkelte hadde ingen erfaringer med det mens andre oppga at de brukte det sporadisk. En informant sa at hun hadde opplevd at pasienter kjente tolken og da ville de ikke snakke om sensitive temaer.

*Det er noe med kulturen også. Enkelte kommer jo fra land som ikke har ord for det vi kaller psykisk helse. Da er det jo ikke å forvente at de skal klare å forstå seg på det norske helsesystemet. Vi skjønner det jo så vidt selv noen ganger.*

## 5.2 Relasjoner

I dette kapittelet vil jeg ta for meg funnene sykepleierne oppgav som viktige faktorer for tjenesten de gav.

### 5.2.1 Tid

Tid var et begrep som gikk igjen i alle intervjuene. Informantene hadde mange tanker om at tiden pasientene har hos fastlegen ofte ikke strekker til for å kunne avdekke behov de har.

*Hvis du først spør noen om hvordan de har det må du ha tid til å høre svaret.*

Informantene uttrykte at de, med sin sykepleiefaglige kompetanse og mer avsatt tid under konsultasjoner, fikk både avdekket og dekket flere av pasientens behov.

*Det ligger ofte noe mer bak alle disse vondtene de presenterer hos legen. Fastlegen har etter konsultasjon med meg vært overrasket over at de ikke har sagt noe om dette problemet tidligere. Pasientens opplevelse er jo ofte at fastlegen ikke har nok tid til å høre etter.*

Videre mente informantene at tid til kartlegging, som er en viktig del av jobben, var nødvendig for å gi pasientene god omsorg. Enkelte trekker frem muligheten for at de kan dra på hjemmebesøk som betydningsfulle for informasjonen de får samlet inn om pasienten. Her avdekkes ting som aldri ville blitt avslørt på et kontor, og man får dannet seg et helhetlig bilde av pasientens situasjon som fastlegen kan ta nytte av videre.

*Det gir mye informasjon å se hjemmet til pasienten. Har han mat i kjøleskapet? Er det rent eller flyter det med søppel? Klart vi avdekker mye ved å ta oss tid til å dra hjem til dem.*

Tid til å lytte blir nevnt flere ganger, og det blir beskrevet at pasientene ofte bare trenger noen som har tid til å høre og normalisere situasjonen de er i.

*Noen kommer til en diabeteskontroll. Da har vi satt av godt tid, ofte en time. Under den samtalen dukker det ofte opp psykiske utfordringer. Det hadde de nok ikke nevnt på en 10 min konsultasjon. Jeg tror at tid med pasientene gir tillit.*

### 5.2.2 Tillit

I intervjuene ble det gitt uttrykk for at en tillitsfull relasjon var avgjørende for å gi pasienten god helsehjelp. Tillit ble spesielt fremhevet som viktig overfor pasienter med psykiske utfordringer.

*Jeg tror jo at vi får til å møte pasientene som har det vanskelig psykisk på en måte som gjør at de føler seg sett. Hele mennesket liksom.*

Informantene fremhevet at det var essensielt at pasienten hadde en helhetlig tjeneste på samme sted. De mente at pasientene opplevde en bedre, mer koordinert og fleksibel helsetjeneste via Primærhelseteam.

*Det å slippe å bli unødvendig henvist hit og dit og får hjelp til å koordinere når de har ulike systemer å forholde seg til. Det virker som det er viktig for mange.*

Flere av informantene sier at pasienter melder om at det oppleves trygt å ha nær kontakt til fastlegen, selv om de ikke ser han så ofte.

*Jeg synes det er en trygghet selv jeg. Skulle det være noe som må sjekkes ut så vet pasienten at jeg kan snakke med fastlegen samme dag.*

En av informantene oppsummerer det slik:

*Legesenteret favner alle typer problemstillinger. Vi isolerer ikke krenkelsene. Vi isolerer ikke det fysiske fra det mentale. Her er alt sammen. Jeg tror det er heldig. Det er kjempeviktig.*

### 5.2.3 Teamarbeid

Informantene beskrev samarbeidet med fastlege og helsesekretær som essensielt i jobben de utførte.

*Man har jo et forskjellig ståsted. Legen er legen. Vi har forskjellig bakgrunn som sykepleier, lege og helsesekretær. Og det er det som gjør det så bra.*

Samtidig var det flere av informantene som beskrev viktigheten av å la pasienten være delaktig i dette samarbeidet.

*Vi må huske at det er mye god psykisk helsehjelp i å få pasienten til å mestre ting selv.*

De ga uttrykk for at de beveget seg fra en holdning om psykisk helse fra «Helsepersonell vet best» til «pasienten vet best hva han trenger».

*Vi må ikke undervurdere betydningen av at pasienten får ta del i utformingen av helsetjenesten han mottar.*

En av informantene hadde gjort seg noen erfaringer med dette og beskrev det som en litt ny og uvannt måte å tenke på innad i primærhelseteamet.

*I min tidligere jobb i kommunen var dette med Recovery orientert tenkning på vei inn. Jeg har tatt med meg noe av denne tenkemåten inn i Primærhelseteam og opplever at det har en positiv effekt.*

Det ble fortalt at informantene kjente trygghet i å rådføre seg med kollegaer når det gjaldt pasienter som strevde med sin psykiske helse.

*Min utfordring er for lite kunnskap om behandling av psykiske lidelse. Derfor er det godt å være et team. Fastlegen kan be meg ta et hjemmebesøk for et somatisk problem, og så*

*avdekker jeg ofte ulike behov i pasientens psykiske helse også, og da kan vi samarbeide videre om det.*

De vektla hvordan teamarbeid gjorde at de kjente seg trygge. Informantene mente at tjenestene de utførte i teamet både var av høyere kvalitet, mer effektiv og sømløst. I motsetning til hvordan de på andre arbeidsplasser hadde opplevd tjenestene de utførte.

*Jeg føler meg trygg når jeg kan jobbe så tett sammen med pasientens fastlege og helsesekretærene. Pasientene sier også de føler seg trygge og at tjenesten vi gir blir mer effektive og av høyere kvalitet.*

En av informantene beskrev betydningen av ulikhet i kompetanse som en viktig del av det å utvikle en tjeneste. Informanten kom fra et tidligere arbeidsforhold hvor opplevelsen av dette var motsatt, og at ulikhet betydde konkurranse, ikke bedre samarbeid.

*Teamarbeid oppleves fornuftig ved å jobbe med ulikhet og forskjell i kompetansen. Vi utfyller ofte hverandre, og det blir mer helhetlig for pasienten.*

Informantene synes å mene at teamarbeid rundt pasienten både bedret deres arbeidsforhold, og ga pasientene den beste hjelpen. To av informantene hadde opplevd at pasientene ble bekymret for at fastlegen skulle erstattes når de kom inn i bildet. Når dette ble avklart var det ingen som hadde opplevd at pasientene ikke var fornøyde.

*Pasienten ser at vi er et team. Og at vi skal fortsette med det. Det er ikke det at de skal avsluttes hos fastlegen, men nå kan vi være et større team rundt dem.*

Informantene uttrykte stort sett at de var fornøyde med samarbeidet på legesenteret der de jobbet. Noen nevnte at det å få fastlegene til å tenke at de var endel av et team var det mest utfordrende. Dette mente de kom av naturlige årsaker som at fastlegene er vant til å jobbe selvstendig, og at det er nytt å få sykepleiere inn på kontorene.

*De (fastlegene) synes kanskje det er litt uvant, og vet ikke helt hvordan de kan bruke kompetansen vår. Det handler vel også om at de må bli kjent med oss slik at de er trygge på at vi kan det vi driver med.*



Samarbeid utad var mer komplisert virket det som. Alle informantene beskrev et ikke eksisterende samarbeid med spesialisthelsetjenesten. De gav uttrykk for at det ofte var fastlegen som hadde den kontakten eller at de ikke helt forstod på hvilken måte de kunne samarbeide. Derimot hadde de gode erfaringer når det gjaldt kommunale instanser:

*Vi er jo mer på samme nivå med kommunen. Spesialisthelsetjenesten oppfatter jeg ofte som veldig lukket.*

Alle informantene har lang erfaring fra ulike kommunale tjenester, og kjenner godt til kommunens tilbud og de ulike tjenestene. Mest sannsynlig har de et godt jobbnettverk og kan på den måten være i stand til å dekke pasientens behov for kommunale tjenester.

Oppsummert av en informant, og en stor del av det jeg kom frem til i funnene:

*Trygghet, tid og teamarbeid er de viktigste faktorene her. Jeg ser på det som en forenkling av systemet. Sammen står vi for kvalitet.*

Etter funnene er presentert vil det videre være drøfting av resultater, med utgangspunkt i studiens problemstilling og forskningsspørsmål.

### 5.3 Oppsummering av resultatene

Den sykepleiefaglige kompetansen trekkes frem som en viktig del under alle intervjuene. Betydningen av å se hele mennesket oppleves som nødvendig for å kunne gi god psykisk helsehjelp. Alle sykepleierne opplever jobben som givende og det er bred enighet om at det er en umulig jobb for fastlegene å på egenhånd skulle ta seg av mengden psykisk uhelse som avdekkes. Informantene beskriver psykisk helse som et komplekst område som krever flerfaglighet. Kanskje derfor gir tverrfaglig samarbeid en opplevelse av samhørighet som er sentralt for helsepersonell. Informantene beskriver det som en trygghet at de jobber i et tverrfaglig team.

Jeg ønsket å se nærmere på hva sykepleierne avdekket og dekket av pasientenes behov, og hvilke erfaringer informantene hadde gjort seg med pasientenes behov for psykiske helsehjelp. Jeg fikk interessante og noen overraskende funn hos enkelte av informantene som jeg også velger å nevne her. Informantene ble blant annet spurt om hvordan de identifiserte pasientenes psykiske helse, hva de avdekket og dekket av behov, og om det var enkelte grupper som skilte seg tydelig ut.

Jeg synes også det er verdt å nevne at disse intervjuene ble gjort etter Covid-19 hadde kommet og landet hadde over tid vært lukket ned i stor grad. Alle informantene rapporterte at Covid-19 hadde ført til mer opplevd ensomhet og isolasjon blant allerede nevnte utsatte grupper. De beskrev at pasientene oppgav at de kjente seg mer ensomme, at de fikk økende angst og depresjonssymptomer, samt økning i selvmordstanker. Det tas ikke stilling til pasientenes diagnoser eller sykdomsomsfang da det ikke har vært hensikten med undersøkelsen.

## 6.0 DISKUSJON

I dette kapittelet diskuteres oppgavens datamateriale opp mot teori og tidligere forskning. Jeg velger å ta med enkelte sitater for å illustrere funnene. Disse viste i denne undersøkelsen at sykepleierne erfarte en tjeneste til pasienter de mente var av høy kvalitet. De hadde gode erfaringer med å jobbe i team. Enkelte uttrykte likevel utfordringer med å få legene til å delta like mye som ønsket i det tverrfaglige arbeidet. Sykepleierne beskriver relasjon, tid og tillit som viktige faktorer for å gi pasientene riktig hjelp til riktig tid. De gir uttrykk for at psykisk helse utfordringer hos pasientene ofte er varierte og sammensatt av flere ulike faktorer.

### 6.1 Vi forsøker alltid å møte mennesket bak pasienten

Travelbee hevder at *et menneske er et enestående, uerstattelig individ – et engang-eksisterende-vesen i denne verden, lik, men også ulik hver eneste person som noen gang har levd eller noen gang vil leve* (Travelbee, 2001, s. 54). For helsepersonell, inkludert sykepleiere, er det vesentlig å behandle pasienter som individer. Samtidig er det enkelte likheter mellom mennesker som helsepersonell tar med seg erfaringer fra for å utøve god psykisk helsehjelp.

Ifølge Travelbee er det avgjørende å danne et menneske-til-menneske-forhold først. En forutsetning for dette er at begge parter forholder seg til hverandre som unike individer, og ser mennesket bak rollen som for eksempel sykepleier og pasient. Det er viktig å være bevisst på hvordan en møter andre mennesker, slik at ikke stereotype oppfatninger preger inntrykket av den andre. Først da kan en reell kontakt oppstå (Travelbee, 2001).

En av sykepleierne forteller om at det å ha nok tid gjør at de ofte ser pasientens utfordringer på en helt ny måte. Ved å ta seg tid bygger de også tillit. De får tak i opplysninger fastlegen tidligere ikke har hatt, og begrunner dette med at de har anledning til å sette av mer tid til kartlegging og oppfølging av pasienten enn det en fastlege har. Det fører igjen til økt tillit fra pasientene ved at sykepleier samarbeider tett med fastlegen.

Det er enighet blant informantene at det å ta seg tid til å lytte til pasientens ønsker, tidligere erfaringer og opplevelser skaper kontakt. Det kan stilles spørsmål til om det er avgjørende å etablere et menneske-til-menneske-forhold med pasienten for å oppnå en god relasjon slik Travelbee hevder (Travelbee, 2001). Ifølge informantene i studien ligger mye av tilliten i at tjenesten de gir skjer på fastlegekontoret.

Det kan tenkes at det menneske- til- menneske- forholdet sykepleierne viser til i Primærhelseteam gjenspeiler seg i studien til Wagner. Her viser han til at sykepleiere gjør vel så god oppfølging som fastlegene, og ofte med mer fornøyde pasienter (Wagner, 2000).

Videre kan man stille seg kritisk til om det er nødvendig å gå gjennom de fire ulike fasene i et menneske-til- menneske-forhold for å oppnå et gjensidig forhold. Det ligger mye omsorg og forståelse i sykepleieryrket. Det er naturlig å tenke at sykepleierne kan ha både medfølelse og sympati for pasienter uten å kjenne deres personlighet svært godt. Det kan tenkes at sykepleierne i Primærhelseteam evner å møte psykiske helsebehov hos pasientene nettopp på grunnlag av erfaring og kunnskap. Martinsen sier omsorgen viser seg gjennom praktisk handling og må bygge på en bevisst holdningsmessig begrunnelse (Martinsen, 2005). Dette er både erfaringsbasert-og kunnskapsbasert kunnskapsforståelse.

## 6.2 Vi møter pasientene der de faktisk er, og ikke der vi ønsker de skal være

Dialoger handler om mer enn å «prate om det», om mer enn å finne ord for å forstå eller løse problemer. Dialog handler om hvordan vi responderer på hverandre med hele oss, der det kroppslige og ekspressive kanskje er vel så viktig som at en i dialogen når frem til bestemte måter å forstå på (Seikkula & Arnkil, 2014). Funnene mine kan vise til at sykepleiernes beskrivelser av pasientenes vansker og det å få hjelp, ofte handlet om dialog med andre.

Martinsen (2005) peker på at kvaliteten i arbeidet ofte måles etter effektivitet. Videre beskriver hun hastighet og travelhet som ødeleggende for menneskelig nærvær. For å ha en god samtale kreves det nærvær og tilstedeværelse. Slik jeg forstår Martinsen kan dette også handle om likeverdighet. Hvis effektivitet går foran tilstedeværelse, vil pasientens ønsker og behov lett kunne forsvinne. Da står vi i fare for at det skjer en maktfordeling. Rollene som de profesjonelle innehar vil kunne få større betydning, som igjen kan føre til at pasientenes ivaretagelse av psykisk helsehjelp blir nedtonet. Det kan kanskje tenkes at det spiller en rolle at sykepleierne i Primærhelseteamet representerer noe annet enn det stereotype lege-pasient-forholdet. Et lege-pasient-forhold kan ofte være asymmetrisk, da legen gjennom sin rolle har en form for maktposisjon i forhold til pasienten.

Seikkula & Arnkil utdyper at i rollen som fagperson er vanskelig å etablere et skille mellom de vanlige og eksperter. Et viktig poeng er ifølge Seikkula og Arnkil at fagpersoners

profesjon ikke forsvinner selv om de deltar i dialoger hvor grensene mellom det profesjonelle og det personlige nettverk smelter sammen (Seikkula & Arnkil, 2014).

Funn i denne studien gir eksempler på betydningen av at man i primærhelseteam har nok tid til å skape relasjon til pasientene. Slik opplever informantene at tjenesten som gis er tilfredsstillende. Det handler om at man forstår den andres opplevelse og det som skjer i samhandlingen, og at man skal møte den andre som et subjekt man viser respekt for. Man må møte hele mennesket (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9-11).

Dette støttes av forskning gjort i USA, hvor de viser til en signifikant forskjell når vanlig helsetjenester ble sammenlignet med pasient-sentrerte tjenester til pasienter med depresjon og kroniske sykdommer (Barr, 1995). En annen studie beskriver at ved å integrere psykiatri og psykologi tjenester i førstelinjen, gir det pasientene økt tilgang til mental helse tjenester, samtidig som fastlegene får det samarbeidet de trenger for å møte pasientenes psykiske helsebehov (Zeideler, et al., 2013).

Sykepleierne nevner i intervjuene at muligheten for å kunne dra på hjemmebesøk hos pasienter øker sjansen for å danne seg et helhetlig bilde av situasjonen. For pasienter med psykisk helseproblematikk vil dette også føre til at de blir sett på en annen måte enn tidligere. Hjemmebesøk vil kunne avdekke mye av en pasients ressurser og utfordringer enn det man vil kunne oppdage på et fastlegekontor.

I det Seikkula & Arnkil beskriver som nettverksmøter, tar fagpersoner ansvar fra første stund ved å organisere, lede og invitere nettverket til møtet. Kontinuiteten kan sikres ved at behandlingen foregår over tid, etter pasientens behov. Ved å se på Primærhelseteam på denne måten, vil det kunne være en motvekt til dagens tradisjonelle behandling av psykiske helseproblemer, hvor det handler om å sette en diagnose og iverksette behandling. Her hevder Seikkula og Arnkil at det å holde ut usikkerhet er av stor betydning for en prosess som kan øke trygghet og mobilisere ressurser (Seikkula & Arnkil, 2014).

*Når vi ser pasienten som det mennesket det er og kombinerer det med kompetansen vår blir det Primærhelseteam på sitt beste.*

### 6.3 Godt samarbeid er nøkkelen i gode praksiser

Sykepleierne gir uttrykk for å være svært fornøyde med å jobbe tverrfaglig sammen med fastlege og helsesekretær. De erfarer at det gir en økt trygghet for utførelsen av tjenesten de gir.

Betydning av samarbeid som gir økt kompetanse og større fleksibilitet beskrives som verdifullt. Det positive ved å ha forskjellig helsefaglig bakgrunn trekkes frem under intervjuene. Det fremstod svært avklart hvordan rollefordelingen var, og ingen av informantene sa noe om at de var usikre på rollen de hadde i teamet. Dette samsvarer godt med studien Dieleman et al., (2004) gjennomførte, og hvor det ble vektlagt betydningen av kommunikasjon, respekt og rolleavklaring. I Poulton et al., sin studie fra 1999 fant forskerne at felles målsetting var en av hovedfaktorene for et godt team, og det er å anta at i et Primærhelseteam er nettopp dette svært tydelig. En annen britisk studie gjort av Borril i 2000 bekrefter dette (Borril, 2000).

*Det er jo viktigere enn noensinne å møte mennesker i psykisk krise på denne måten. Bare tenk på hva Covid-19 situasjonen gjør med folk. Vi må ha strategier som funker.*

Sykepleiernes betydning for at pasientene får en helhetlig og koordinert tjeneste kommer også frem via kunnskapen de har. En av informantene viser til at hun opplever det fornuftig å jobbe med ulikhet i kompetansen. Slik oppfatter hun at teamet utfyller hverandre og på den måten blir mer helhetlig for pasienten. Det kan ses i sammenheng med det Wagner (2000) argumenterer for; Han mener sykepleiere kan være bedre egnet til å jobbe etter enkelte retningslinjer, og at sykepleierne ofte kan være bedre på kommunikasjon enn fastleger.

Ifølge Anne Lise Holmesland et al. (2010) sin undersøkelse kom det fram at nettverksmøtet gjorde det mulig å bli bedre kjent med hverandre, noe som har betydning for selve møtet. Undersøkelsen viste at en gjensidig tillit til hverandre kan bidra til felles forståelse. Tillit er en grunnleggende verdi for å få til en likeverdig dialog og samarbeid mellom fagprofesjoner og personlig nettverk.

I to intervjuer nevnte sykepleierne at de fant det utfordrende å få enkelte av fastlegene til å delta i teamarbeid rundt pasienten. De beskrev dette som enkelttilfeller, og at det stort sett var positive fastleger å forholde seg til. Flere av deltakerne i studien fortalte om gode erfaringer

rundt samarbeid utenfor Primærhelseteamet. Eksempler som ble nevnt var ulike samarbeidsmøter med kommunen. De fleste informantene oppga lite eller ingen erfaring rundt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette til tross for at en av intensjonen i Primærhelseteam er mer samhandling med spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017).

Funn i tidligere nevnte studier viser at pasienter innen psykisk helse opplever stor nytteverdi av tverrfaglige team (Grumbach & Bodenheimer 2004).

## 6.4 Det er forskjell på å holde seg i live og å leve

I Helsedirektoratets beskrivelse av prosjekt Primærhelseteam (Helsedirektoratet, 2017, s.4) presiseres målgruppen til alle pasienter på fastlegenes liste. Samtidig som fokuset skal være på pasienter med kronisk sykdom og de med store og sammensatte behov. Informantene trakk blant annet frem tre grupper som de mente skiller seg ut når det kom til psykisk helse utfordringer. Jeg vil ta for meg disse gruppene i de følgende punktene under.

### 6.4.1 Eldre

Flere av informantene gir uttrykk for at de er overrasket over at mange av de eldre har selvmordstanker. De opplever det vanskelig å skille mellom ensomhet og psykisk sykdom, og beskriver at de ofte ser pasientene streve med angst og depresjonssymptomer. Ved å ta seg tid til å lytte til det som ligger bak symptomene får informantene innblikk i de eldres ensomhet og til og med selvmordstanker. Røkenes & Hanssen viser til tre forhold som har betydning for å utvikle en god relasjon; væremåte, empati og anerkjennelse (Røkenes & Hansen 2012, s. 180).

Brafoss og Larsen (2001-2009) viser i sin rapport til at eldre med psykiske symptomer en gruppe med mangelfullt helsetilbud.

*Jeg tror ensomhet fører til mye psykisk uhelse hos de eldre. De faller mellom alle stoler. Enten er de ikke syke nok eller så er de for friske.*

Informantene mente at det er vanskelig å motivere de eldre pasientene til å komme seg i aktivitet på egenhånd. De fant det også vanskelig å henvise pasientene videre, spesielt til spesialisthelsetjenesten. Karlin & Fuller (2007) viser til at mindre enn en tredel eldre får behandling for psykisk sykdom og at svært få over 65 mottar behandling ved DPS.

Malt et al., påpeker at komorbiditet hos eldre kan føre til at psykiske helseplager blir oversett. Medisiner vil også kunne gi psykiatriske bivirkninger. Sykepleiere i Primærhelseteam beskriver at de er et utvidet ledd i både kartlegging og oppfølging av pasientene, og at de i samarbeid med pasientens fastlege er med på å gi et grundigere helsetilbud (Malt et al., 2003).

Sykepleiernes betydning for å dekke og avdekke psykiske helsebehov hos de eldre kommer frem gjennom intervjuene. Informantene oppgir at de er overrasket over hvor mye psykiske vanskeligheter som avdekkes. Studier viser at psykiske problemer hos eldre er underrapportert (WHO, 2015).

#### 6.4.2 Menn

Informantene gir uttrykk for at de er overrasket over andelen ressurssterke menn som strever med sin psykiske helse. De angir irritasjon, nedstemthet og andre depressive symptomer som hovedårsak til psykiske utfordringer hos denne gruppen. Flere oppga i intervjuene at de oppfattet endel av mennene som sinte ved første konsultasjon. De oppfattet det som om at mennene ønsket å få undersøkelsen fort overstått og tolket det som at de var ukomfortable med situasjonen.

*De venter så lenge med å be om hjelp. Så baller det på seg med spillavhengighet, søvnvansker, rusmisbruk eller andre selvdestruktive ting.*

Martin et.al (2013) viser i sin studie til at tegn til depresjon hos menn ofte viser seg i form av irritasjon, sinne, selvdestruktivitet, stoffbruk, spilleproblemer, kvinnejakt og arbeidsnarkomani.

Det er viktig å samle nettverket så snart krisen dukker opp. De understreker viktigheten av å innkalle til nettverksmøte i en akutt fase da en samtale som gjennomføres i den mest smertefulle fasen er glimrende for å skape dialog, fordi ingen har ferdige svar. Det var ingen av informantene som nevnte i intervjuene at de tenkte dette var av betydning. De nevnte derimot at de hadde vansker med å få enkelte av det profesjonelle nettverket til å delta. Seikkula og Arnkil tenker at skepsisen til samarbeid reduseres dersom nettverket blir en naturlig samtale tema. Det kan være flere årsaker til at samarbeid kan bli vanskelig. Ved å ha flere samlet i et nettverk vil det kunne avdekkes ting pasienten ikke er klar for å dele med alle (Seikkula & Arnkil, 2014).



Martinsen henviser til psykiater Lomholt Kemp, som sier at forståelsen av å være profesjonell vanligvis er at en ikke skal la seg overinvolvere, men innehar en tilstrekkelig avstand. En opptrer saklig og objektivt hvor kommunikasjonen blir enveis, og fagpersonen har en ovenfra og ned holdning. Martinsen beskriver at Lomholt Kemp skal ha opplevd en forskjell som hjelper da hun møtte en bruker som person og ikke som en pasient eller et kasus (Martinsen, 2005).

Når det gjelder statistikken som viser at flere kvinner strever med depresjon, vil det være på sin plass å anta at det kan spille en rolle det informantene sier; At menn ofte venter veldig lenge før de ber om hjelp.

Her viser forskning til at det kan skyldes at menn og kvinner uttrykker depresjon på ulike måter. Forskerne forklarer dette med at diagnosekriteriene for depresjon passer best med tegn som er vanligst blant kvinner. Den nye studien la til flere diagnosekriterier, som regnes å være ekvivalenter til klassiske depresjonstegn, og dette ga en økning i antall menn som kunne kalles deprimerte (Martin et al., 2013).

### 6.4.3 Innvandrere

Fire av fem informanter sier i intervjuene at de ofte avdekker mer psykiske og somatiske utfordringer hos pasienter med innvandringsbakgrunn, og at sykdomsbildet hos denne gruppen ofte er komplisert og sammensatt. Her viser nyere studier gjort av Ekeberg & Abebe at dette nødvendigvis ikke er tilfelle. De fant i sin studie at en rekke psykiske lidelser var mindre utbredt blant unge voksne innvandrere enn etniske nordmenn Ekeberg & Abebe, 2020).

*Det er vel mer slik at dårlig økonomi, språkvansker, tap av identitet og tilpasning til ny kultur gjør at de får dårligere psykisk helse. Ofte har de jo ikke hatt disse utfordringene i hjemlandet.*

Her kan en mulig årsak være at det er stor variasjon på hvem som søker hjelp når de strever psykisk. Ulike syn på psykisk helse og manglende tillit eller kunnskap om det norske helsevesenet kan ha noe å si for bruken av tjenester.

Studien fra innvandreres bruk av poliklinisk behandling i Norge (Ayazi & Bøgwald 2008) viser til at innvandrere ikke er oftere innlagt enn majoriteten, men desto sykere når de legges inn.

Betydningen av en helsetjeneste som evner å se helheten i de sammensatte behovene som kan oppstå hos innvandrergupper er viktig. Informantene ga uttrykk for at det å ha god tid og kontinuitet over samtaler var av betydning. Dette for å skape en god relasjon, og for å kunne sette seg inn i de ulike behovene pasientene har. Slik jeg oppfatter det beskriver sykepleierne her hvordan de tilpasser hjelpen de gir etter behovene de avdekker. Forskning viser at det å jobbe mer målrettet med psykisk helse i innvandrerbefolkningen vil kunne gi bedre og mer tilpasset behandling til denne gruppen (Ekeberg & Abebe, 2020). Et viktig poeng Martinsen tar fram er at kunnskapen kan både hjelpe og hindre vårt blikk i møtet med den andre, samtidig som at vår tilstedeværelse som fagperson slår an tonen i rommet og gir det et preg (Martinsen, 2005).

På legesenteret vil pasienter med denne bakgrunnen være i ulike faser av en migrasjonsprosess. De ulike fasene vil ifølge Dahl, Sveaas & Varvin (2006) påvirke evnen til å ta innover seg det nye, samt beskytte sin identitet. Tap av verdi, sosialt nettverk og økonomi kan være ting som påvirkes i en migrasjonsprosess og igjen fører til psykiske og somatiske lidelser. Her er det altså av stor betydning at sykepleierne evner å se mennesket bak symptomene. Hay-Jones et al., (2020) viser i sin studie til betydningen av å ha fokus på styrker og ressurser til immigrantene for å fremme god helse.

Martinsen (2005) beskriver det å være profesjonell som å innhente fagkunnskap. Det vil gi sykepleieren mulighet til å se pasienten som et lidende menneske og som samtidig verner om menneskets integritet. Hun bruker begrepet personorientert profesjonalitet hvor hun vektlegger betydningen av å se den andre uten fordommer. Samtidig mener hun det er viktig å bruke sin faglige og vurderende holdning i møtet med pasienten.

## 6.5 Betydning av funn

Funnene i min studie viser at sykepleierne i Primærhelseteam nesten daglig står i situasjoner hvor de ivaretar pasientenes psykiske helse. Tidligere forskning viser at det er gode grunner til at en tverrfaglig tjeneste gir bedre helsetjenester til utsatte pasientgrupper. Det kan også være av betydning at denne type tjeneste er koblet til fastlegekontoret.

Andersen i boken til Bøe & Thomassen beskriver hensikten med alt psykisk helsearbeid er å styrke menneskets egenverdi og livskraft, og å skape opplevelser som gir mening og sammenheng. Psykisk helsearbeid som fagområde legger vekt på det kontekstuelle perspektivet, der forståelsen er at psykiske vansker henger sammen med mellommenneskelige forhold, og at endringsarbeid dermed må være knyttet til den sammenheng der brukeren lever livet sitt (Bøe & Thomassen, 2017).

Flere av sykepleierne sier at de kjenner seg utrygge i møte med pasienter som uttrykker selvmordstanker, og at de kjenner seg maktesløse i møte med all ensomheten pasientene beskriver.

I artikkelen til Larsen & Andersen har de funnet viktigheten av å se psykisk helse i en større sammenheng en kun symptomatisk, og at det dreier seg om en blanding av ulike kontekster (Larsen & Andersen, 2011). Her er sykepleiere i Primærhelseteam i en unik posisjon til å kunne fange opp ulike aspekter ved pasientens helse, nettopp fordi samarbeidet med fastlegen er så tett, og arbeidsmetodikken er mer fleksibel. Travelbee underbygger dette ved å tydeliggjøre viktigheten av å se menneskene bak sykdommen (Travelbee, 2014). Martinsen påpeker at det å være profesjonell ikke står i motsetning til å ha en følsom kommunikasjon med brukeren (Martinsen, 2014).

Sykepleierne i studien har gjort seg erfaringer med at de både dekker og avdekker psykiske helsebehov hos pasientene ved at de har fokus på dialog og relasjon med pasientene. Antagelig bærer resultatene i mine intervjuer preg av at sykepleierne er vant til å jobbe i team, og at dette er noe som går igjen både i utdanning og på andre arbeidsplasser. Muligens hadde svarene blitt annerledes om det var fastlegene som ble intervjuet. Dette gjelder også menneskemøtene informantene beskriver. Sykepleierne har dette med seg fra grunnutdanningen, og selve yrket anses som omsorgspreget.

Min studie viser at det kan være potensiale i å utvikle integrerte tjenester ved å ta i bruk Primærhelseteam ved flere fastlegekontorer. Vi vet at det ligger mye god helse i et godt, stabilt og langt forhold til fastlegen. Kan sykepleier i primærhelseteam styrke dette forholdet ved å ta utgangspunkt i pasientens beste?

I et Primærhelseteam vil Seikkula og Arnkil (2014) sine tilnærminger være av betydning nettopp fordi menneskers psykiske helseproblemer vil henge sammen med ulike former for lidelse eller fravær av dialoger og relasjoner i deres liv. Det er dette vi møter på fastlegekontoret. Det kan være i nære relasjoner, på sosiale arenaer som skole og arbeidsliv, eller på samfunnsnivå. Dette innebærer at helsetjenestens oppgave ikke er å forandre pasienten eller familien, men heller å legge til rette for samtale eller dialog mellom de ulike stemmene.

Funnene mine finner støtte i forskningen fra SINTEF (2014) hvor de konkluderer med at likeverd, dialog, fleksibilitet og inkluderende brukerperspektiv og involvering fra fastlegetjenesten er de viktigste faktorene for godt samarbeid rundt pasientene med psykisk uhelse.

## 7.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne undersøkelsen var å se nærmere på hva sykepleier i Primærhelseteam dekker og avdekker hos pasienter med psykiske helseutfordringer.. Her vil jeg presentere mine funn med utgangspunkt i forskningsspørsmålene.

-Hvordan beskriver informantene pasientene som er i behov av psykisk helsehjelp?

Funnene viser at pasienter med behov for psykisk helsehjelp er mennesker i alle aldre og kategorier. Informantene trekker likevel frem eldre, menn og innvandrere som de pasientene som skiller seg ut med størst behov.

-Hvordan opplever sykepleierne tjenesten som gis pasienter i Primærhelseteam?

Primærhelseteam som tjeneste blir av informantene beskrevet som faglig god med høy kvalitet. De har tydelige meninger om hvordan det å jobbe i et Primærhelseteam på fastlegesenteret øker kvaliteten på tjenestene som gis pasientene.

-Hva oppleves som viktig i tjenesten som gis pasientene?

Gode relasjoner anses som viktig i helsehjelpen som gis. Her trekker informantene frem tid, tillit og samarbeid som konkrete faktorer som er med på å skape relasjonene. Mulighet for tett oppfølging og jevnlig dialog med pasientene beskrives som betydningsfullt.

-Hva er erfaringen rundt samarbeidet i Primærhelseteam?

Undersøkelsen viser at samarbeid innad i primærhelseteamene beskrives som nyttig og uten store faglige konflikter. Alle informantene uttrykte utfordringer med å få til samarbeid med spesialisthelsetjeneste. Dette gjaldt ikke når det kom til samarbeid med kommunale instanser. Funnene sett i lys av psykisk helse har gitt økt kunnskap om hvordan helsepersonell kan bidra til å skape en endring i hva vi tenker er god psykisk helsehjelp på fastlegekontoret. Både tidligere forskning og teori om menneskemøter gir kunnskap om ulike sider ved å gi psykisk helsehjelp.

## Videre forskning

Her vil jeg trekke frem funnene som viser at tverrfaglig samarbeid er viktig for å gi en god og helhetlig helsetjeneste. Fremtidens helsetjenester vil være avhengig av ulike kompetanser nettopp for å dekke og avdekke helheten i pasientenes psykiske helseutfordringer. Sykepleiere på fastlegekontorer er også noe nytt. Mine funn kan vise til at sykepleierne tilfører kompetanse og at de kan dekke og avdekke mer enn tidligere fastlegetjenester gjør. Da spesielt innen temaene sårbare grupper og svake etterspørrere vil sykepleierne her være en ressurs.

I lys av både tidligere forskning og funn i denne undersøkelsen ville det vært interessant å forske videre på hvordan pasientene selv opplever at deres behov dekkes og avdekkes via et Primærhelseteam.

Videre ville det kunne være nyttig å se nærmere på hva som gjør at det er utfordringer rundt samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

## Litteraturliste

Adams, E. G. (2019, 1 24). Treatment of Depression in Integrated Care: Implementation of the Nurse Care Manager. *Sage Nursing Journals*.

doi:<https://doi.org/10.1177/2377960819861862>

Almvik, A & Borge, L. (2007). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.

Andersen, A. J. W. (2014). Psykisk sykdom - et resultat av forhandlinger? Tidsskrift for psykisk helsearbeid. ISSN: 1503-6707. 11 (3). s 201 - 210.

Ayazi T. & K-P. Bøgwald (2008): *Innvandrerens bruk av poliklinisk psykiatrisk tjeneste*. Tidsskrift for den norske lægeforening 2008; 128 (2). s. 162-165 (Online 22.03-2021): URL: <http://tidsskriftet.no/article/1641262>

Barr, D. A. (1995). The effects of organizational structure on primary care outcomes under managed care. *Ann Intern Med* (122), ss. 353-9. (Online 22.03.2021)

<https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-122-5-199503010-00006>

Baxter, S. J., & et al., (2018). The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research volume*. (Online 20.03.2021).

doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3161-3>

Berge, T & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Borriil, C. West, M. Shapiro, D. & Rees, A. (2000). Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Healthcare Management*, ss. 34-78.

Brofoss, K. E. & Larsen, F. (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse(2001-2009)*. Oslo: Norges Forskningsråd.

Brown, J. Lewis, L. Ellis, K., Stewart, M., Freeman, T. R. & Kasperski, J. M. (2011). Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *J Interprof Care*, s. 4 10.

- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og netterk*. Oslo: Universitetsforlaget .
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre* (Vol. 3). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl S.Sveaas, N. & Varvin, S. (2006). *Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flykninger – veileder*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Unipub AS.
- Dieleman, S. Farris, K. B. Feeny, D., Johnson, J. A., Tsuyuki, R. T. & Brilliant, S. (2004). Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. *J Interprof Care*, ss. 75-8.
- Donelan, K. & et al., (2013, 5). Perspectives of Physicians and Nurse Practitioners on Primary Care Practice. *New England Journal of Medicine*.
- Ekeberg, K. A., & Abebe, D. S. (2020). Mental disorders among young adults of immigrant background: a nationwide register study in Norway. (Online 01.04.2021) *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. doi:Doi.org/10.1007/s00127-020-01980-z
- Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani. Forståelse og behandling*. Oslo: universitetsforlaget.
- Elo, S. & Kyngas, H. (2008, 1). The qualitative content analysis process. *J Advanced Nursing*, s. 107-115.
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis*. Oslo: Aldring og helse.
- Folkehelseinstituttet (2010). *Konsekvenser av psykiske lidelser*. Folkehelseinstituttet. (Online 01.03.2021).  
[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_6039=6041:70817:](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70817:)
- Folkehelseinstituttet (2018). *Barn og unges psykiske helse*: Oslo



Folkehelseinstituttet (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt.* Oslo

Folkehelseinstituttet (2016). *Levekårsundersøkelsen blant innvandrere.* Oslo

Folkehelseinstituttet (2020). *Selv mord i Norge.* FHI.no. (Online 03.03.2021).  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/selv-mord-i-norge/>

Gadamer, H. (1999). *Truth and Method* (Vol. 2). New York: The Continuum Publishing Company.

Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified Husserlian approach.* Pittsburgh. Duquesne University Press: Pittsburgh, PA.

Grimen, H., & Ingstad, B. (2015). *Kvalitativ forskningsopplegg.* Oslo: Gyldendal.

Grumbach, K., & Bodenheimer, T. (2004, 10). Can Health Care Team Improve Primary Care Practice. *JAMA*, s. 1246-51.

Gröne, O. (2001). Integrated Care. *International Journal of Integrated Care*, s. 1-10.

Grønmo, S. (2007). *Grunnleggende innføring i metodespørsmål. Samfunnsvitenskapelig metode.* Fagbokforlaget .

Haj-Younes, Strømme, Igland et al., (2020). Changes in self-rated health and quality of life among Syrian refugees migrating to Norway: a prospective longitudinal study. (Online 20.02.2021). *Int J Equity Health*, 2020(19). doi:<https://doi.org/10.1186/s12939-020-01300-6>

Helse- og omsorgsdepartementet . (2017). *Mestre hele livet ; Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022 .* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet (2020). *Psykiske lidelser – voksne pakkeforløp,* Oslo.

Helsedirektoratet (2020). *Primærhelseteam - pilotprosjekt*. Oslo: Helsedirektoratet. (Online 03.03.2021). <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primaerhelseteam-pilotprosjekt%C2%A0>

Helsedirektoratet (2014). *Verdens helseorganisasjon*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (Online 03.03.2021). <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/>

Helsedirektoratet (2017). *Mestre hele livet Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017 2022)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. (Online 03.03.2021). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/%C2%A0>

Holmesland, A. L. (2015). *Professionals' Experiences with Open Dialogues with Young People's Social Networks – Identity, Role and Teamwork A Qualitative Study*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

Holmesland, A. L., Seikkula, J., & Hopfenbeck, M. (2014). Inter-agency work in Open Dialogue: the significance of listening and authenticity. *Journal of interprofessional care*, ss. 1-7.

Holmesland, A. L., Seikkula, J., Nilsen, O., M, H., & Arnkil, E. T. (2010). Open Dialogues in social networks: *Professional identity and transdisciplinary collaboration*.

Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Kaiser, M. (2000). *Hva er vitenskap?* Oslo: Universitetsforlaget.

Karlin, B. E., & Fuller, J. D. (2007). *Meeting the mental health needs of older adults. Implications for primary care practice*. *Geriatrics*, s. 26-35.

Karlsson, B., & Borg, M. (2015). *Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P., & Willis, J. (2010). *What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate*: BMC medicine.

Korstjens, I., & Moser, A. (2017). *Practical guidance to qualitative research Part 4, Trustworthiness and publishing*. European Journal of General Practice, s. 120-124. (Online 02.02.2021). <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>

Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2013). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Larsen, Inger Beate; Andersen, Anders Johan Wickstrøm (2011). *Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet : hvordan beskriver skandinaviske brukere av psykisk helsevern sine erfaringer med den hjelpen de ble tilbudt?* Tidsskrift for psykisk helsearbeid. ISSN: 1503-6707. 8 (2). s 120 - 130.

Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., & et al., (2012). *Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life – Systematic review and meta-analysis*. Affect Disorders, s. 212-21.

Malt, U., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). *the experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication*. JAMA Psychiatry.

Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup* (Vol. 1). Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnets og evidensen*. Oslo: Akribe as.

McGrath, Joseph, Berdahl, Jennifer, Arrow, & Holly. (1995). *Traits, expectations, culture*,

*and clout*: The dynamics of diversity in work groups. Diversity in work teams: Research paradigms for a changing workplace. (Online 17.03.2021).  
[https://www.researchgate.net/publication/313208717\\_Traits\\_expectations\\_culture\\_and\\_clout](https://www.researchgate.net/publication/313208717_Traits_expectations_culture_and_clout)  
The\_dynamics\_of\_diversity\_in\_work\_groups

Mesel, T., & Leer-Salvesen, P. (2013). *Psykisk helse angår alle. Makt og avmakt. Etske perspektiver på feltet psykisk helse*. Portal forlag.

Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier: Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.

Polit, D., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Vol. 9). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Poulton, B. C., & West, A. M. (1999, 1). *The determinants of effectiveness in primary health care teams*. J Interprof Care, s. 7-18.

Rosenvinge, B. H., & Rosenvinge, H. J. (2003). *Forekomst av depresjon hos eldre-systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990- 2001*. Tidsskrift for Den norske legeförening, ss. 928-929.

Røkenes, O., & Hanssen, P. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen : Fagbokforlaget.

Seikkula, J., & Arnkil, T. (2014). *Åpen dialog i relasjonell praksis: Respekt for annerledeshet i øyeblikket*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Starfield, B. (2009). *Toward international primary care reform*. Canadian Medical Association Journal, s. 1091-2. (Online 03.03.2021) <https://www.who.int/whr/2008/en/>

St.meld nr.47 (2008-2009): Samhandlingsreformen.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget .

- Thornquist, E. (2014). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag .
- Tøndel, G., & Ose, S. O. (2014). *SINTEF forskningsrapport 2014*.
- Ulland, D., & Bertelsen, B. (2010). *Kunnskapssyn og etikk i psykisk helsearbeid*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2), s. 121-129.
- Viken, B., & Kumar, B. N. (2010). *Folkehelse i et migrasjonsperspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Volden, O. (2015). *Psykisk helse. Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wagner, E. (2000). *The role of patient care teams in chronic disease management*. British Medical Journal, s. 569. (Online 03.03.2021) doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.320.7234.569>
- Wampold, B. E. (2015). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings* (Vol. 2). Routledge Member of the Taylor and Francis Group.
- World Health Organization. (2017). *Mental health and older adults*. (Online 25.03.2021). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adultsorld>
- Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). *What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review*. International J Nursing Studies, s. 140-53.
- Zahavi, D. (2003). *Fænomenologi*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Zeidler, E, Phandi, N, Fondow. M, Thomas C. (2013). *Consulting psychiatry within intergrated primary care models*. J Health Care Poor Underserved.

Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg- Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo:Universitetsforlaget.

## Vedlegg.

### Vedlegg 1.

#### Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

**Prosjekttittel**

Masteroppgave

**Referansenummer**

500959

**Registrert**

15.06.2020 av Annette Løite - annetl10@student.uia.no

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

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

Erna Ulland, erna.ulland@uia.no, tlf: 90696201

**Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

**Kontaktinformasjon, student**

Annette Løite, annette@4leger.no, tlf: 97064410

**Prosjektperiode**

03.08.2020 - 03.01.2022

**Status**

02.09.2020 - Vurdert

**Vurdering (1)**

---

**02.09.2020 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 02.09.2020, samt i

meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET** Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 03.01.2022.

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

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

**DE REGISTRERTES RETTIGHETER** Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

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

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



## Vedlegg 2.

### Godkjenning fra FEK



#### **PROTOKOLL FRA FORSKNINGSETISK KOMITÈ**

Dato: 19/01/2021

Arkivsak: 21/00666 Protokollfører: Berit Birkeland

#### **Sykepleieres erfaringer med psykisk helse i Primærhelseteam - master - Annette Løite**

Søknad godkjennes

## Vedlegg 3.

### Informasjons- og samtykkeskjema

## Vil du delta i forskningsprosjektet *Psykisk helse i primærhelseteam?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i hvordan du som sykepleier i Primærhelseteam ved fastlegekontorene opplever tjenesten som gis pasientgruppen innen psykisk helse.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Formålet med oppgaven er å få innsikt i hvordan sykepleiere i primærhelseteam opplever tjenesten som gis til denne gruppen pasienter, og hva som dekkes og avdekkes av behov.

Jeg ønsker å belyse hvordan sykepleier opplever å jobbe mot denne pasientgruppen ved at Primærhelseteam nå er en del av legesenteret. Jeg ønsker å få informasjon om hvilke erfaringer sykepleierne har av å samarbeide med fastlege og helsesekretær mot denne pasientgruppen.

På bakgrunn av dette ønsker jeg å intervju 6 sykepleiere ansatt ved ulike legekontor i Norge, som alle er en del av Primærhelseteam.

Denne oppgaven er en del av en masterutdanning i psykisk helse.

Forskningsmetoden er semi-strukturert intervju. Det vil si at intervjuet foregår som en samtale mellom undertegnede og sykepleier ved det utvalgte legesenteret med bakgrunn av tema for studien.

Målet med min studie er ikke å avdekke en sannhet, men å innhente kunnskap og erfaringer.

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

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet.

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

Du er utvalgt til å delta i studien pga. at du er sykepleier ved et fastlegekontor som har erfaring med primærhelseteam.

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

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du vil delta på et semi-strukturert hvor jeg underveis vil stille åpne spørsmål.

Jeg vil benytte digital opptaker og ta notater under intervjuet. Svarene vil bli registrert elektronisk og slettet ved prosjektets slutt. Jeg vil være fleksibel til tid og sted, og vil etterstrebe å velge et tidspunkt som ikke vil gå utover dine pasienter. Intervjuet er beregnet til å vare maks 45 min.

## **Det er frivillig å delta**

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

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

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

De som vil ha tilgang til opplysningene som gis vil være undertegnede og veileder ved Universitetet i Agder, Erna Ulland.

Informantene vil ikke bli navngitt i besvarelsen og arbeidssted vil heller ikke bli nevnt. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i besvarelsen. Informantene vil bli omtalt som «sykepleier».

Opptakene vil bli oppbevart innelåst og slettet ved studiens slutt. All data som kan være gjenkjennelig vil bli anonymisert. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i en eventuell publikasjon.

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

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er

Juni 2021. Alle lydopptak og samtykkeskjema vil bli slettet/makulert.

## **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

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

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

Universitetet i Agder ved Erna Ulland: [erna.ulland@uia.no](mailto:erna.ulland@uia.no)

Student: Annette Løite: [annette@4leger.no](mailto:annette@4leger.no)

Personvernombud UIA: Ina Danielsen, mail [ina.danielsen@uia.no](mailto:ina.danielsen@uia.no) tlf: 45254401

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Med vennlig hilsen

Annette Løite (Masterstudent psykososial helse UIA) Erna Ulland (Veileder UIA)

---

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Sykepleiers erfaringer med psykisk helse i Primærhelseteam*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 4. Intervjuguide

### INTERVJUGUIDE

Jeg vil starte med å presentere meg selv, informere kort temaet for studien og klargjøre hensikten med studien. Det etterstrebes en løs og god stemning for å gjøre informantene avslappet og trygg i situasjonen. Jeg vil forklare hensikt med lydopptakeren og hvordan datamaterialet vil bli behandlet og anonymisert. Jeg vil presisere retten til å trekke seg fra studien når som helst og uten at det vil medføre noen konsekvenser.

Jeg vil notere meg følgende for egen dokumentasjon:

- Kjønn
- Alder

Jeg vil stille følgende spørsmål:

#### 1.0 Brukergruppe

Har du lagt merke til enkelte pasientgrupper som strever mer psykisk enn andre? Hvilke grupper skiller seg evt. ut? På hvilken måte? Eksempler?

#### 2.0 Tilnærming og kompetanse

Kan du fortelle litt om hvordan du, som sykepleier i PHT, har fokus på pasienter som du ser har psykiske utfordringer?

Fortell litt om hvordan du møter pasienter som strever psykisk. Har du en annen tilnærming enn til somatiske pasienter?

#### 3.0 Behov

Hvilke behov opplever du, at du som sykepleier i primærhelseteam, dekker og avdekker av psykisk helse problematikk?

-Er det behov som også dekkes andre steder?

-Dersom behov avdekkes: Hvordan jobbes det videre med?

-Utfordringer? Eksempler?

#### 4.0 Samarbeid

Hvordan arbeider dere (fastlege, sekretær og helsesekretær) sammen og hver for dere mot pasientgruppen?

-Hvordan opplevs samarbeidet for deg? Eksempler?

-Hva tror du dette samarbeidet med sykepleier, fastlege og legesekretær (PHT) har å si for tjenesten som gis til pasientene? Eksempler på erfaringer?

-Samarbeid med kommune og spesialisthelsetjeneste- hvordan oppleves det?  
Hva er lett og hva er vanskelig?

Ekstraspørsmål:

-Covid 19 Erfaringer: Har du opplevd forverring eller endring av psykisk helse hos pasienter i korona situasjonen? Eksempler?

Når intervjuet er over vil jeg informere om at lydopptaket skal transkriberes og brukes som datamateriale. Jeg vil tilby informantene å lese gjennom det transkriberte intervjuet. Jeg vil til slutt takke for at informanten tok seg tid og delte av sine erfaringer.