



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave
Prosjekt innland, fagartikkel

**Peer support i kommunal
rehabiliteringstjeneste**

Kandidatnummer: 10084

Antall ord: 4070

Abstrakt

Innledning: Artikkelen belyser etterspørselen for implementering av peer support fra sykepleiere som jobber i rehabiliteringsavdelinger. Samtidig belyser artikkelen sykepleiernes tanker om rekruttering av deltakere blant deres pasienter

Metode: For å undersøke tidligere kjennskap til bruk av peer support, samt kartlegge etterspørselen av det, ble det sendt ut en digital spørreundersøkelse til sykepleiere med fast ansettelse ved to ulike kommunale rehabiliteringsavdelinger. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i mars 2020, og analysert ved hjelp av Excel.

Resultater: Resultatene tyder på at det er manglende kjennskap til og erfaring med bruk av peer support ved disse kommunale rehabiliteringsavdelingene. Den viser også at sykepleierne ikke visste hvorvidt deres pasienter ville vært interesserte i å delta som peer support etter endt rehabilitering.

Konklusjon: På grunn av valget av metode er det vanskelig å konstatere hvorfor det er manglende kjennskap til og erfaring med bruk av peer support, samt å si hvorvidt pasientene ville vært interessert i å delta selv etter endt rehabilitering. Studien har ført til en viss innsikt fra sykepleiernes perspektiv, men det vil være nødvendig med ytterligere studier på fremgangsmåte, gjennomføring og individuell nytteverdi ved å ta i bruk frivillige for å kunne forsvare implementering av innovasjonen.

Abstract

Introduction: The objective of this article is to identify the demand for the implementation of peer support from nurses working in rehabilitation departments. The article simultaneously illustrates the nurses' thoughts about recruitment of participants among their patients.

Method: In order to examine the prior knowledge of the use of peer support, as well as mapping the demand, an online survey was sent out to the nurses with a fixed position percentage at two different municipal rehabilitation departments. The survey was conducted in March 2020 and analyzed using Excel.

Results: The results indicate that there is a lack of knowledge to and experience using peer support in these municipal rehabilitation departments. It also shows that the nurses did not know whether or not their patients would be interested in participating as peer support after their completed rehabilitation.

Conclusion: Due to the choice of method, it is difficult to assert why there is a lack of knowledge and experience with the use of peer support, as well as to say whether or not the patients would be interested in participating after the rehabilitation was completed. The study has led to some insight from the nurses' perspective, but further studies on methodology, implementation and individual utility will be necessary to defend the implementation of the innovation.

Peer support i kommunal rehabiliteringstjeneste

1.0 Introduksjon

«For å øke kvaliteten på tjenestene og pasientsikkerheten, og samtidig ha god ressursutnyttelse, må helsetjenesten evne å tenke nytt – å være innovativ» (1, s.210)

Sykepleieryrket er i stadig utvikling. Fra først å handle om det ytre, altså hva sykepleieren gjorde utenfor pasienten for å sikre god helse, til å bli sett på som noe relasjonelt. For å ta dette ett steg lengre kan man se en videre utvikling av sykepleieryrket ved *den dobbelte kompetansen*, som beskrevet i Orvik sin bok «Organisatorisk kompetanse». *Den dobbelte kompetansen* innebærer en kombinasjon av klinisk og organisatorisk kompetanse (2, s.17). Han skriver også at *den dobbelte kompetansen* rommer en påstand om at kombinasjonen av ulike former for kompetanse kan være avgjørende for kvalitet. I tillegg viser han til viktigheten av dette i en klinisk virksomhet, der raske svingninger forutsetter en evne til å kunne omstille seg raskt.

1.1 Innovasjonsprosjektet

Oppgaven er et videre arbeid av et innovasjonsprosjekt som ble gjennomført i samarbeid med studiestedet og kommunen, hvor en gruppe studenter skulle formulere et forslag til en innovasjon. Dette skulle gjøres på bakgrunn av ideen om «kommune 3.0» - brukeren er ikke en kunde, men en innbygger som skal bidra til fellesskapet. I «kommune 3.0» er det fokus på at kommune og befolkning skal bestemme sammen, og dermed få til noe i lag. Vår studentgruppe formulerte et forslag til en omorganisering av det kommunale rehabiliteringstilbudet som omhandlet flere deler av det eksisterende tilbudet. Det inkluderte blant annet å ta bruk frivillige i kommunehelsetjenesten, opplæring av pårørende som igjen kunne føre til avlastning og forhåpentligvis reduksjon i sekundære sykemeldinger, dagtilbud og kursing av pasienter, tverrfaglig samarbeid og en alternativ organisering av personell for å bedre kunne ta imot pasientgrupper som kan være utfordrende å omplassere fra spesialisthelsetjenesten. En medstudent og jeg valgte å benytte denne ideen i prosjektbachelor, der vi var sammen om å designe studien og gjennomførte datainnsamlingen i lag.

Sett i lys av «Veikart for tjenesteinnovasjon» (3) var innovasjonsprosjektet som hele studentgruppen gjennomførte i første fase – forankring. Her fokuserte vi på å kartlegge behovet, og å komme med en idé til hvordan å løse det. Denne oppgaven vil gå videre til den andre fasen – innsikt. For å få bedre innsikt i etterspørselen av en del av vårt forslag til det kommunale rehabiliteringstilbudet har vi gjennomført en kvantitativ spørreundersøkelse. Resultatene av spørreundersøkelsen vil deretter bli sett i lys av tidligere forskning på feltet for å oppnå videre innsikt. Denne oppgaven vil ta for seg bruk av frivillige, i form av peer support, i det kommunale rehabiliteringstilbudet.

1.2 Bruk av frivillighet i omsorgstjenesten

Myndighetene i Norge har vist økt interesse for bruk av frivillige i helse- og omsorgssektoren. I den nyeste stortingsmeldingen som omhandler nasjonal helse- og sykehusplan for perioden 2020-2023 poengterer utvalget mellomrommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunn. De presiserer og at «Inn i framtida bør omsorgstjenesten i større grad utnytte det potensialet som ligger rett foran dem, til innovasjoner på tvers av kommunen som forvaltning og kommunen som lokalsamfunn» (4).

Nytteverdien for bruk av sivilsamfunnet innenfor helse- og omsorgssektoren kan diskuteres i flere ulike retninger innenfor velferdsstaten Norge. Både med tanke på økonomiske spørsmål, utvikling av mangfold i tjenester, styrket brukermedvirkning, individuelt tilpasset tilbud etter brukerens behov, samt å involvere flere aktører i samarbeidet om velferdsproduksjon (5). Vårt innovasjonsprosjekt tok blant annet for seg et ønske om å rekruttere tidligere brukere som frivillige peer support etter endt rehabilitering. Dette vil kunne ha potensialet til å påvirke alle punktene over dersom det sees på som hensiktsmessig og gjennomførbart.

1.3 Peer support

Peer support er et begrep som er bruk hvor pasienter tilbyr og mottar hjelp basert på delt forståelse, respekt og gjensidig myndiggjøring mellom personer i like situasjoner (6). Et tilsvarende norsk begrep er «likemannsstøtte», men da det ikke finnes en like konkret definisjon tilgjengelig har jeg valgt å bruke det engelske begrepet peer support. Det omfatter at tidligere pasienter settes i en posisjon til å kunne dele sine opplevelser med andre pasienter, som for eksempel ved å fortelle sine erfaringer med rehabiliteringen og bidra med råd. Kartlegging av pasientens behov er fremdeles innenfor sykepleierens ansvarsområde, men en peer support vil kunne være en samtalepartner eller bidra med håp.

1.4 Hva er rehabilitering, og hvorfor er det viktig?

Viktigheten av rehabilitering som en del av behandlingen er konkretisert i den nasjonale veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (7). Den tydeliggjør også skillet mellom habilitering og rehabilitering. Der beskrives de ulike begrepene slik:

Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet senere i livet.

Rehabiliteringsfasen preges som regel av et tverrfaglig samarbeid, og avhengig av pasientens særegne situasjon vurderes det hvilke aktører som vil være relevante å inkludere i denne prosessen. Sykepleieren vil imidlertid ha muligheten til å se pasientens daglige utvikling, samt kunne være en koordinator mens pasienten er innlagt. En forutsetning for somatisk rehabilitering er identifisering av behov for sykepleie. Det omhandler å kartlegge både fysiske og mentale ressurser i pasienten (8 s.317). Kartleggingen er en del av sykepleierens ansvarsområde.

Til tross for at denne oppgaven tar for seg det organisatoriske med tanke på en slik implementering er det viktig å ta i betraktning at somatisk rehabilitering er noe som påvirker pasienten på flere ulike plan. Gjennom hele sykepleierutdanningen er det et stort fokus på helhetlig sykepleie, og at mennesket er et sammensatt individ av fysisk, psykisk, åndelig og sosiale aspekter. Selv om denne oppgaven ser på å ta i bruk frivillige i den somatiske rehabiliteringen, kan man ikke se bort i fra at dette kan påvirke øvrige aspekter innenfor det holistiske menneskesynet. I boken «Grunnleggende sykepleie bind 2» presiseres det at en forbedring i muskelmasse fører til bedre bevegelighet og kan forebygge komplikasjoner som fall og bruddskader. Dette fører i gjengjeld til en bedret mulighet til å kunne gjennomføre dagligdagse aktiviteter selvstendig, og skape muligheten til å kunne delta i sosiale interaksjoner. Man kan dermed si at en god somatisk rehabilitering kan være med på å forebygge sosial isolasjon som i verste fall kan føre til en depresjon (8, s.316). De viser også til at fysisk aktivitet har vist seg å kunne redusere angstsymptomer.

Spørsmålet «Hva er viktig for det?» har fått en sentral rolle i kartleggingsfasen. Det er lovfestet at rehabilitering blant annet skal gjennomføres ut fra et pasient- og brukerperspektiv jmfør «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator» §1 (7). Det som er viktig å tenke på videre er hvorvidt vi har de tilbudene og løsningene som pasienter og brukere selv ønsker og føler er nyttige for dem. Først da kan vi sørge for å kunne tilby et bredt spekter av tjenester som dekker flest mulig ønsker knyttet til behandlingsforløpet.

1.5 Nytteverdien av peer support

Den nyeste stortingsmeldingen angående nasjonal helse- og sykehusplan for perioden 2020-2023 har formulert flere punkter for hvordan de ønsker at pasienter, pårørende og helsepersonell skal oppleve pasientens helsetjeneste. Det omhandler blant annet. At pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar, lederne gjennomfører endringene som må til – i godt samarbeid med de ansatte, at hver enkelt ansatt må utvikle egen kompetanse og delta i forbedringsarbeid, samt at pasienten får mulighet til å være aktiv deltaker i egen helse og i utvikling av tjenestene (4).

En undersøkelse på bruk av peer support til kreftpasienter ved Vardesenteret viste til at det å få prate med en peer support er en unik og verdifull samtale for denne pasientgruppen (9). Det er nyttig både for de berørte og de som stiller opp som peer support. Pasientene får en enestående forståelse for egen situasjon gjennom andres erfaring, samtidig som det kan bidra til håp og en måte å takle tilstanden på. Peer supportere blir gjengjeld motivert av et ønske om å gi tilbake og rollen kan erstatte sosiale roller som er svekket etter sykdomsforløpet

1.6 utfordringer knyttet til implementering

Hadde det bare vært så enkelt. Å ta i bruk frivillige i helsetjenesten kan og by på utfordringer både med tanke på enkeltindividets kompetanse og organisering av tilbudet. I en undersøkelse som så på bruk av lønnede peer support innenfor mental helse hos voksne viser et par konkrete utfordringer. Disse er blant annet diskriminering fra andre ansatte, at peer supportere fikk lavere lønn og at de fikk færre arbeidstider. Funnene belyser viktigheten

av opplæring og oppfølging av peer support, samt forholdet mellom dem og andre ansatte (10).

En annen utfordring er at hver pasient er forskjellig og har ulike behov. En undersøkelse på peer support til voksne pasienter med diabetes viser at noen hadde nytte av peer support, men konkluderer med at bevisene er for begrensende og inkonsekvente for å kunne støtte klare anbefalinger av tilbudet. Det er nødvendig med en vurdering av effekt og påvirkning, og man må stille spørsmål til individets egnethet, samt samfunn og situasjoner for hvordan best å kunne implementere dets spesifikke komponenter og vurdere bærekraftighetens av dets effekt (11).

Problemstillingen for denne oppgaven er dermed:

«I hvilken grad kan peer support være nyttig å implementere i kommunale rehabiliteringsavdelinger?»

2.0 Metode

2.1 Design

For å kartlegge sykepleiernes holdninger til, erfaringer med og oppfatninger av peer support valgte jeg og min medstudent å bruke en spørreundersøkelse (12, s.140), se vedlegg 1. Dette er fordi vi i forbindelse med fasen vi er i, i følge «Veikart for tjenesteinnovasjon», ikke nødvendigvis ønsker å oppnå forståelse, men få innsikt i og kunne forklare ulike forhold. Det var av interesse at spørreskjemaet skulle kunne besvares på relativt kort tid og dermed åpne opp for besvarelse i løpet av arbeidstiden for å sikre flest mulig deltakende. Det bestod derfor hovedsakelig av spørsmål med både ordinale og nominale svaralternativer, samt et spørsmål hvor utvalget kunne besvare med fritekst. Vi brukte både «peer support» og «likemannsstøtte» konsekvent gjennom hele studien. Det var i tillegg med den definisjon av begrepet peer support for å sikre at utvalget hadde en forståelse for hva studien gikk ut på.

2.2 Spørreskjema

Vi valgte å benytte et spørreskjema bestående av 13 spørsmål. Først hadde vi et spørsmål om størrelsen på stillingsprosent. Det var tre svaralternativer som var ordnet i en rekke; 0-49%, 50-74% og 75-100%. Deretter ble det spurt om hvor mange år respondentene hadde jobbet innenfor rehabilitering, hvor de kunne fylle ut besvarelsen i form av tall selv. Det ble og presisert at det også omfavnet erfaringer fra andre rehabiliteringsavdelinger.

Så kom to spørsmål om hvorvidt de var kjent med begrepene «peer support»/ «likemannsstøtte», og om de hadde erfaring med bruken av dette. Begge spørsmålene hadde tre svaralternativer; Ja, vet ikke og nei. De to neste spørsmålene var rettet til de respondentene som hadde erfaring med bruk av peer support, og gikk ut på i hvor stor grad de opplevde at «peer support»/ «likemannsstøtte» påvirker pasienten positivt eller negativt. Det var fem svaralternativer som var ordnet i en rekke; Ikke i det hele tatt, i liten grad, vet ikke, i noen grad og i stor grad.

Deretter kom et spørsmål om «peer support»/ «likemannsstøtte» er implementert på deres avdeling, med tre svaralternativer; Ja, vet ikke og nei. Neste spørsmål var rettet til de respondentene som ikke har erfaring med bruk av peer support, og gikk ut på i hvor stor grad de tror det vil være hensiktsmessig å implementere. Spørsmålet hadde fem svaralternativer ordnet i en rekke; Ikke i det hele tatt, i liten grad, vet ikke, i noen grad og i stor grad. Dette ble fulgt opp med et spørsmål om respondentene tror noen av deres pasienter vil være interessert i å delta som «peer support»/ «likemannsstøtte». Spørsmålet hadde tre alternativer; Ja, vet ikke og nei.

Videre var det et spørsmål om respondentene opplever å ha nok tid til å ivareta pasientens psykiske helse slik de selv ønsker. I tillegg var det et spørsmål om respondentene tror implementering av «peer support»/ «likemannsstøtte» for å aktivisere pasientene vil frigjøre tid i deres arbeidshverdag. Begge spørsmålene hadde fem svaralternativer som var ordnet i en rekke; Ikke i det hele tatt, i liten grad, vet ikke, i noen grad og i stor grad. De to siste spørsmålene handlet om hvor mye tid respondentene brukte i løpet av en vakt. På å prate med pasienten om ting som ikke omhandler det somatiske, samt hvor mye tid de skulle ønske de brukte på dette. Her var det fem svaralternativer som var ordnet i en rekke; Mindre enn 15 min, 15-30 min, 30 min-1 time, 1-1,5 time eller mer enn 1,5 time.

Spørreundersøkelsen ble utformet av forfatter, en medstudent og veileder ved studiestedet. Ettersom vi er to studenter som samler data sammen, men har ulik problemstilling, er det ikke alle spørsmålene i spørreundersøkelsen som er relevante for denne oppgaven. I denne oppgaven vil jeg se på hvorvidt implementering av peer support i den kommunale rehabiliteringstjenesten kan sees på som hensiktsmessig, og forsøke å danne et bilde på om rekruttering er mulig blant denne pasientgruppen. Derfor vil spørsmål 1 til og med spørsmål 9 bli benyttet.

2.3 Rekruttering av utvalg

Deltakere i studien ble rekruttert via avdelingslederne på to ulike rehabiliteringsavdelinger i en norsk kommune. Avdelingslederne ble kontakter per epost. Inklusjonskriterier var sykepleiere med fast ansettelse, uavhengig av stillingsprosent.

2.4 Datainnsamling

Spørreskjema skulle opprinnelig bli levert ut på de aktuelle avdelingene, men på grunn av en nylig oppstått pandemi (<https://www.ntnu.no/korona>) lot det seg ikke gjennomføre. Studien ble i stedet gjennomført elektronisk ved bruk av Nettskjema fra universitetet i Oslo. Lenke til nettskjema ble sendt til avdelingslederne som videresendte det til utvalget.

2.5 Dataanalyse

Dataene fra spørreskjemaet ble automatisk systematisert via nettsiden vi brukte, og senere ført inn i dataprogrammet Excel. Dette medførte også at respondentene forble anonyme, da de kun fikk en kode for å skille besvarelsene. Deretter ble svarene systematisert fra undersøkelsen, og resultatene kunne fremstilles i tabeller og diagrammer for tilstrekkelig oversikt. Analysen er basert på svarene fra spørreundersøkelsen som ble gjennomført. Det er brukt frekvensanalyser og deskriptiv statistikk.

2.6 Etiske overveielser

På begynnelsen av den elektroniske spørreundersøkelsen var det en informasjonstekst. Her ble respondentene informert om prosjektets hensikt, omfang og tidsbegrensning. Den inkluderte ikke kontaktinformasjon, da det var en direkte kommunikasjonsport mellom oss to studenter og avdelingslederne. Det ble også presisert i informasjonsskrivet at ved å besvare undersøkelsen samtykket de til å la resultatene bli brukt i prosjektet. Svarene i nettsiden som ble brukt er anonymisert, men en egen kode for hver respondent slik at man har muligheten til å se hva hver enkelt har svart. Det var frivillige å delta i undersøkelsen, men på grunn av at svarene automatisk ble anonymisert av nettsiden som ble brukt var det ikke mulig å trekke sin besvarelse i etterkant.

3.0 Resultater

Totalt var det 11 sykepleiere som deltok i undersøkelsen, hvorav alle hadde fastsatt stillingsprosent mellom 75% og 100%. Deres erfaring med å jobbe innenfor rehabilitering varierte mellom 1 til 12 år, med en median på 5 år.

3.1 Kjennskap til, og erfaring med bruk av peer support

6 av 11 respondenter hadde hørt om begrepene «peer support»/ «likemannstøtte» fra tidligere, men 90,9% av respondentene hadde ikke erfaring med det, og det var en respondent som ikke var sikker. Det var ingen som svare at bruk av peer support var implementert på deres avdeling nå. To av spørsmålene var knyttet til hvorvidt pasienten ville blitt påvirket positivt eller negativt av peer support, og skulle kun besvares av de som hadde erfaring med det. Ettersom ingen hadde skrevet at de hadde erfaring med peer support, har jeg ikke benyttet noen resultater fra spørsmål 5 og 6.

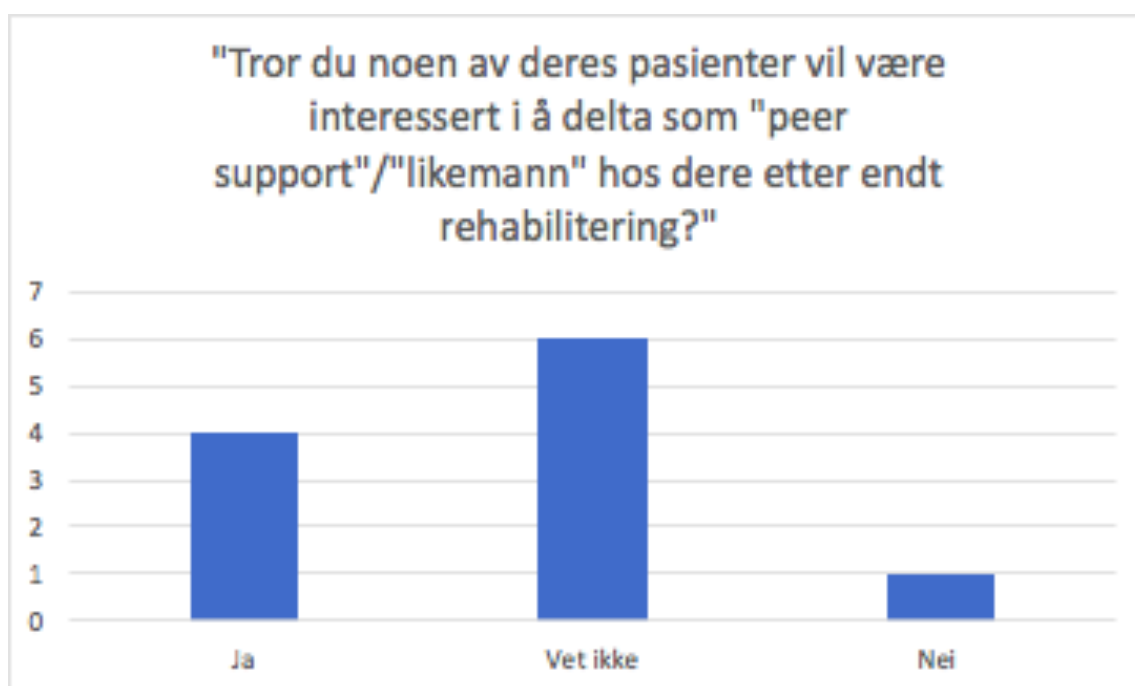
Det spørsmålet som hadde flest ulike svar var spørsmålet knyttet til hvorvidt de ansatte så på det som hensiktsmessig å implementere peer support på deres avdeling. Ettersom ingen svarte at de hadde erfaring med peer support, har jeg kun data fra respondenter som ikke har tidligere erfaring med dette. Analysen viste at 37% mente at det kunne være hensiktsmessig i noen grad. Ingen svarte at det i stor grad kunne være hensiktsmessig, se figur 1.



Figur 1 – Hensiktsmessig å implementere peer support?

3.2 Rekruttering

Figur 2 viser at flesteparten av respondentene svarte at de ikke visste hvorvidt deres pasienter ville vært interessert i å delta som peer support etter endt rehabilitering. Fire informanter svarte at de trodde de ville være interessert i dette, og kun en svarte at den ikke trodde det.



Figur 2 – Interesse for å delta som peer support?

4.0 Diskusjon

Hensikten med denne undersøkelsen er å se hvorvidt sykepleiere ved kommunale rehabiliteringsavdelinger har kjennskap til og erfaring med bruk av peer support, og om de ser på det som hensiktsmessig å implementere et slikt tiltak. Samtidig vil den sammenlikne den innsamlede dataen og sammenligne med tidligere forskning innenfor temaet for å kunne skape et bilde av hvorvidt implementering av en slik innovasjon vil være hensiktsmessig å teste ut.

4.1 *Motstand til innovasjonen*

Funn tyder på at respondentene har manglende tro på at implementering av et slikt tilbud er hensiktsmessig ved deres avdeling, og viser at ingen av dem hadde erfaring med bruk av peer support fra tidligere. Om det er en sammenheng mellom disse faktoriene får man ikke direkte svar på ut ifra dataen, men det åpner opp for diskusjon av ulike teorier. Et eksempel kan være hvorvidt den manglende troen på at implementering av peer support vil være hensiktsmessig ved deres avdeling kan skyldes begrenset kjennskap til begrepet, eventuelt mangelen på erfaringen med det. Til tross for at det finnes tilbud til enkelte pasienter som og mottar kommunal hjelp, kan man basert på respondentenes erfaring innenfor rehabiliteringsarbeid, samt deres angitte mangel på erfaring med bruk av peer support anta at det ikke er et tilbud som er tatt i bruk i den kommunale rehabiliteringstjenesten. De oppgir i tillegg at det ikke er implementert på de avdelingene utvalget kommer fra, og en kan dermed anta at det er en innovasjon som ikke er så mye testet ut i den kommunale helsetjenesten. Det er imidlertid få respondenter, og en kan ikke utelukke at studiens svakheter fører til et ikke representativt utvalg.

Bruk av frivillige i helsetjenesten er ikke nytt i seg selv, og en ser at peer support blir brukt i spesialisthelsetjenesten eller som et tilbud av supplerende organisasjoner, for eksempel Røde Kors (13). Det hadde derfor vært interessant å se hvorfor dette ikke er like kjent i den kommunale helsetjenesten, eller mer spesifikt på disse konkrete avdelingene.

Spørreundersøkelsen inkluderer ikke spørsmål om hvilke pasientgrupper som behandles i disse avdelingene, og man vet derfor ikke om det vil være aktuelt for deres pasientgruppe. Det vil derfor være hensiktsmessig å kartlegge dette dersom det skal forsøkes å ta i bruk peer support, for å se hvor mottakelige disse pasientene er for implementeringen, samt hvorvidt det er en gruppe som egner seg til senere rekruttering.

Min personlige erfaring med bruk av peer support er innenfor spesialisthelsetjenesten til amputasjonspasienter. Det fungerer som et valgfritt tilbud til de pasientene som måtte ønske det, når som helst i prosessen de selv ser det som nødvendig. De får da mulighet til å snakke med andre amputasjonspasienter som bidrar frivillig, og kan dele sine førstehåndserfaringer direkte til pasienten. Dette fjerner utfordringen med skillet mellom peer support og øvrige ansatte, da de ikke er lønnet og kommer inn etter etterspørsel fra pasienten selv. Gode samtaler med pleiere før og etter samtalen kan kartlegge nytten, og tidlig ta tak i utfordringer som kan oppstå dersom det viser seg å ikke være hensiktsmessig

for den enkelte pasienten. Det gir og en god mulighet til å følge opp effekten av tiltaket, og eventuelt tilby supplerende tiltak dersom det sees på som nødvendig.

4.2 Rekruttering

Ettersom informantene utelukkende var sykepleiere byr det på en utfordring da de skal svare på pasientens vegne hvorvidt de muligens kan være interesserte i å delta som peer support etter endt rehabilitering. Det hadde vært ønskelig å drive ytterligere kartlegging på pasienters erfaring og opplevelse med tilbudet, samt hvorvidt de ville vært interessert i å delta som peer support selv. Det ville og vært interessant å se om den pasientgruppen de har ved disse kommunale rehabiliteringsavdelingene vil egne seg til rekruttering etter endt rehabilitering.

Tidligere forskning på temaet har i stor grad omhandlet det organisatoriske perspektivet eller nytten for pasientene. En norsk undersøkelse har i tillegg belyst nytten det har for de som stiller opp som peer support (9). Den viser at de som stiller opp som peer support blir motivert av et ønske om å gjengjelde tjenesten, samt at de erstatter andre sosiale roller som svekkes etter de har fått diagnosen eller gjennomført behandling.

4.3 Metodediskusjon

Det er viktig å ta i betraktning at spørreundersøkelsen ble gjennomført under Covid-19-pandemien, og at dette kan ha påvirket svarprosenten og preget svarene til de deltakende. Derfor var det en forutsetning vi satte i forkant av datainnsamlingen at den skulle være enkel og rask å svare på for å gjøre det mulig å kunne svare på undersøkelsen i løpet av arbeidstiden, og dermed sikre flest mulig deltakende. Kontaktpersonene for de ulike avdelingene uttrykte og bekymringer for dette med tanke på at flere ikke kunne være på jobb, og dermed ikke få tilgang på spørreundersøkelsen, og i gjengjeld kunne påvirke svarprosenten. Da spørreundersøkelsen skulle være mulig å besvare i løpet av arbeidstiden var det også en forutsetning at den var kort og konsis. Fordelen med dette var tilstrekkelig med deltakende av de som fikk tilgang på undersøkelsen, samt en kjapp oversikt over deltakernes kjennskap til og erfaring med bruk av peer support

Ulempen med en kvantitativ undersøkelse på dette temaet er at man ikke får kartlagt bakgrunnen for respondentenes svar skikkelig. Til tross for at man får et oversiktsbilde av noen få faktorer hos respondentene, vil dataen i seg selv ikke gi presise nok svar for hva som skal til for best mulig å kunne ta i bruk frivillige. Det åpner imidlertid opp for diskusjon av ulike teorier og spekulasjoner en ikke vil få svar på uten videre datainnsamling fra de samme respondentene.

Undersøkelsen hadde 11 respondenter, men er også utført utelukkende i den kommunale rehabiliteringstjenesten i en større by. Det er i gjengjeld få respondenter for en kvantitativ undersøkelse. Det kan ikke utelukkes at denne svakheten har ført til et mindre representativt utvalg, og begrenser undersøkelsens overførbarhet.

En annen utfordring er at man ikke åpner opp for tilbakemeldinger på forslaget. I en artikkel om organisatoriske forutsetninger for innovasjon presiseres viktigheten av ledelse i innovasjon (14). Det presiseres at ledelsesatferd både kan fremme og hemme innovasjon i

organisasjoner, hvor inkludering og motivering av ansatte står sentralt. I tillegg poengteres det innenfor mestringsorientert ledelse at lederens rolle blant annet inkluderer å innhente og formidle relevant informasjon. Dette får en ikke gjort da undersøkelsen er anonym og inneholder spørsmål med avkryssningssvar. Dette fører til at respondentene ikke får forklart hvorfor de tenker og svarer som de har gjort. En slik ensidig kommunikasjonsform, som et spørreskjema er, er derfor med på å begrense respondentenes handlingsrom og autonomi.

5.0 Konklusjon – hensiktsmessig eller ei?

Vår datainnsamling tyder på at det er manglende kjennskap til og erfaring med bruk av peer support ved disse kommunale rehabiliteringsavdelingene. Hva dette skyldes kommer ikke tydelig frem i dataen fra undersøkelsen. Mulige teorier kan være knyttet til om det ikke er relevant for deres pasientgrupper, eller om peer support til disse pasientgruppene gjennomføres av supplerende organisasjoner som for eksempel Røde Kors.

En utfordring med undersøkelsen er at sykepleierne blir nødt til å svare på vegne av pasienter, som for eksempel ved spørsmål om noen av deres pasienter kunne vært interesserte i å delta som peer support etter endt rehabilitering. Det ville vært av interesse å kartlegge hvorvidt implementering av et slikt tilbud vil være av nytte for deres pasientgruppe fra pasientenes perspektiv, og i tillegg se om det er en gruppe som egner seg til senere rekruttering.

Denne undersøkelsen har bidratt til en innsikt i sykepleiernes forkunnskap om peer support, og samtidig gitt et bilde av både rekruttering og påvirkning med tanke på arbeid med psykisk helse. Det er trolig behov for ytterligere forskning på fremgangsmåte, gjennomføring og individuell nytteverdi ved å ta i bruk frivillige dersom en skal gå videre med implementering av denne innovasjonen. Jeg ser ikke or i fra at en undersøkelse som inkluderer både potensielle deltakere og passende mottakere av peer support vil være av interesse videre. Det kan i tillegg vurderes som nyttig å teste ut ulike former for peer support for å vurdere nytteverdi, som for eksempel i gruppetreninger, gruppesamtaler, som et valgfritt samtaletilbud eller som en rolle i koordineringsarbeidet i planleggings- og rehabiliteringsprosessen.

Referanseliste

1. Ingstad K. Sosiologi. I sykepleie og helsearbeid. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2014
2. Orvik A. Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse. 2.utg. Oslo: Cappelen Damm; 2017
3. KS. Veikart for tjenesteinnovasjon [Internett] [hentet 11.02.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/>
4. Meld. St. 7 (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019
5. Loga J. Sivilsamfunnets roller i velferdsstatens omstilling. Norsk sosiologisk tidsskrift. 2018;2(1): 58-73
6. Repper J. Peer Support Workers: Theory and Practice. Centre for Mental Health. NHS Confederation's Mental Health Network. 2013.
7. HelseDirektoratet. Nasjonal veileder. Rehabilitering, Habilitering, individuell plan og koordinator [Internett]. Oslo; HelseDirektoratet; 30.09.2015 [oppdatert 03.12.2018; hentet 11.02.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>
8. Kristoffersen NJ., Nortvedt F., Skaug E-A. & Grimsbø GH, red. Grunnleggende sykepleie bind 2. Grunnleggende behov. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2016.
9. Skirbekk H., Korsvold L., Finset A. To support and to be supported. A qualitative study of peer support centres in cancer care in Norway. Patient Education and Counseling. 2018;101(4): 711-716
10. Walker G., Bryant W. Peer support in adult mental health services: A metasynthesis of qualitative findings. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2013;36(1): 28-34
11. Dale JR., Williams SM., Bowyer V. What is the effect of peer support on diabetes outcomes in adults? A systematic review. Diabetic Medicine. 2012;29(11): 1362-1377
12. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2014
13. Røde Kors. Besøksvenner bidrar til å gjøre hverdagen lettere for ensomme i alle aldre [Internett]. [Hentet 15.05.2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.rodekors.no/tilbudene/besoksvenn/>
14. Lone JA., Stenstadvold M. Organisatoriske forutsetninger for innovasjon i offentlige virksomheter. Stat & Styring. 2017;27(4): 48-51

Vedlegg 1.

Introduksjon til spørreskjema:

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt basert på vårt innovasjonsprosjekt knyttet til rehabilitering. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål/hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet

Vi er to sykepleierstudenter som går 3.året på NTNU, og i forbindelse med vår bacheloroppgave skal vi skrive om rehabiliteringstilbudet i Trondheim kommune. Vi vet at mange vil ha eller har hatt et behov for rehabilitering i løpet av livet sitt. Rehabilitering av god kvalitet kan være avgjørende for å sikre at pasienten kommer tilbake og deltar i samfunnet. Oppgaven vil ta utgangspunkt i et innovasjonsprosjekt vi har hatt hvor vi utarbeidet et forslag til en omorganisering av det aktuelle rehabiliteringstilbudet i Trondheim kommune. Vi hadde fokus på mange ulike faktorer innenfor dette, som bl.a. inkluderte utvikling av dagtilbud med mestringskurs, fokus på spesielle pasientgrupper som er mer utfordrende å tilby passende plasser til (ifølge samtale med HVK), samt fordeler/ulempes ved implementering av frivillige. Denne spørreundersøkelsen vil derfor brukes for å kunne drøfte videre hvorvidt dette kunne vært et attraktivt forslag, og dermed belyse fordeler og ulemper med det.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Spørreskjemaet leveres kun til dere som er **ansatt som sykepleiere med fast stillingsprosent** på Sjøbstad helsehus og Nidarvoll helsehus sine rehabiliteringsavdelinger. Det vil være tilgjengelig i perioden fra 16.03.20 til 20.03.20, og dine svar vil være anonyme. Den tar ca. 5 minutter å svare på, og vil være til utrolig hjelp for å se behovet for, og hvordan en kan gå frem for å optimalisere rehabiliteringstilbudene i fremtiden. Ved å svare på denne spørreundersøkelsen gir du ditt samtykke til at vi vil kunne bruke dataene i utformingen av våre bacheloroppgaver.

Hva vil vi finne ut av?

1. Hvor stor stillingsprosent har du nå?

0-49%	50-74%	75-100%
-------	--------	---------

2. Hvor mange år har du jobbet innenfor rehabilitering?
Kan også inkludere erfaring ved andre rehabiliteringsinstitusjoner enn den du jobber på nå.
Svar med kun et tall

3. Er du kjent med begrepet "peer support"/"likemannsstøtte"?

Ja	Vet ikke	Nei
----	----------	-----

4. Har du noen erfaring med bruk av "peer support"?

Ja	Vet ikke	Nei
----	----------	-----

5. Hvis du har erfaring med bruk av dette:

6. I hvor stor grad opplever du at dette kan påvirke pasienten positivt?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Vet ikke	I noen grad	I stor grad
----------------------	--------------	----------	-------------	-------------

7. I hvor stor grad opplever du at dette kan påvirke pasienten negativt?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Vet ikke	I noen grad	I stor grad
----------------------	--------------	----------	-------------	-------------

"Peer support"/"likemannsstøtte" er et begrep som er brukt hvor pasienter tilbyr og mottar hjelp basert på delt forståelse, respekt og gjensidig myndiggjøring mellom personer i like situasjoner. Tidligere pasienter settes i en posisjon til å dele sine erfaringer og opplevelser med pasienter som gjennomfører rehabiliteringen sin mens de er inneliggende.

8. Dersom du ikke har erfaringer med bruk av "peer support", i hvor stor grad tror du dette vil være hensiktsmessig å implementere på din avdeling?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Vet ikke	I noen grad	I stor grad
----------------------	--------------	----------	-------------	-------------

9. Tror du noen av deres pasienter vil være interessert i å delta som "peer support" hos dere etter endt rehabilitering?

Ja	Vet ikke	Nei
----	----------	-----

10. Opplever du å ha nok tid for å ivareta pasientens psykiske helse slik du selv ønsker?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Vet ikke	I noen grad	I stor grad
----------------------	--------------	----------	-------------	-------------

11. Tror du at å bruke likemannsstøtte til å aktivisere pasientene vil frigjøre tid i din arbeidshverdag?

Ikke i det hele tatt	I liten grad	Vet ikke	I noen grad	I stor grad
----------------------	--------------	----------	-------------	-------------

12. Hvor mye tid i løpet av en vakt bruker du på å prata med pasienten om ting som ikke omhandler det somatisk ved pasienten?

Mindre enn 15 min	15-30 min	30 min - 1 time	1 time- 1,5 timer	Mer enn 1,5 timer
-------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------------

13. Hvor mye tid i løpet av en vakt skulle du ønske at du brukte på å prata med pasienten om ting som ikke omhandler det somatisk ved pasienten?

Mindre enn 15 min	15-30 min	30 min - 1 time	1 time- 1,5 timer	Mer enn 1,5 timer
-------------------	-----------	-----------------	-------------------	-------------------